

**CUESTIONARIO PRE-ANESTESIA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ ¿fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ Procedimiento: \_\_\_\_\_

**Acepto no consumir nada por la boca después de la medianoche la noche anterior a mi cirugía a menos que se me haya indicado.**

1. ( ) Si ( ) No ¿Es este tu primer anestésico?
2. ( ) Si ( ) No ¿Ha tenido problemas anteriormente con la anestesia? Especifique: \_\_\_\_\_
3. ( ) Si ( ) No ¿Miembros de tu familia han tenido problemas con anestesia? Especifique: \_\_\_\_\_
4. ( ) Si ( ) No ¿Si es mujer, está en su periodo?
5. ( ) Si ( ) No ¿Usando un tampón?
6. ( ) Si ( ) No ¿Esta o podría estar embarazada?

**TIENE O HA TENIDO:**

1. ( ) Si ( ) No ¿Enfermedades cardiacas incluyendo soplo cardiaco, marcapasos, cirugía de bypass, prolapso de la válvula mitral, latido irregular?
2. ( ) Si ( ) No ¿Alta presión?
3. ( ) Si ( ) No ¿Enfermedad pulmonar?
4. ( ) Si ( ) No ¿Asma?
5. ( ) Si ( ) No ¿Enfermedad de los riñones? Especifica: \_\_\_\_\_
6. ( ) Si ( ) No ¿Enfermedad del Hígado/Hepatitis?
7. ( ) Si ( ) No ¿Ictericia (color amarillento de la piel y los ojos)? Especifique: \_\_\_\_\_
8. ( ) Si ( ) No ¿Diabetes?
9. ( ) Si ( ) No ¿Epilepsia/Convulsiones? ¿Problemas neurológicos?
10. ( ) Si ( ) No ¿Problemas con la tiroides o bocio?
11. ( ) Si ( ) No ¿Problemas o enfermedades intestinales o del colon? Especifique: \_\_\_\_\_
12. ( ) Si ( ) No ¿Dolor de pecho?
13. ( ) Si ( ) No ¿falta de aliento?
14. ( ) Si ( ) No ¿Toz crónica?
15. ( ) Si ( ) No ¿Problemas de espalda? Especifique: \_\_\_\_\_
16. ( ) Si ( ) No ¿Problemas de cuello? Especifique: \_\_\_\_\_
17. ( ) Si ( ) No ¿Debilidad Muscular?
18. ( ) Si ( ) No ¿Portador de una enfermedad contagiosa en el presente o pasado? Especifique: \_\_\_\_\_
19. ( ) Si ( ) No ¿anormalidades de sangrado o coagulación? Especifique: \_\_\_\_\_
20. ( ) Si ( ) No ¿Cirugía de la nariz, huesos rotos en su cara o espalda? Especifique: \_\_\_\_\_
21. ( ) Si ( ) No ¿Transfusiones sanguíneas?
22. ( ) Si ( ) No ¿radiografía anormal del pecho?
23. ( ) Si ( ) No ¿Electrocardiograma anormal?
24. ( ) Si ( ) No ¿Expuesto a alguna enfermedad transmisible en las últimas 3 semanas? Explique: \_\_\_\_\_
25. ( ) Si ( ) No ¿Alergias? Especifique: \_\_\_\_\_
26. ( ) Si ( ) No ¿Toma Alcohol? ¿Qué tanto? \_\_\_\_\_
27. ( ) Si ( ) No ¿Pérdida de peso reciente? ¿Cuánto perdió? \_\_\_\_\_
28. ¿Cuál es su estatura? \_\_\_\_\_ ¿Peso actual? \_\_\_\_\_ ¿Edad? \_\_\_\_\_
29. ( ) Si ( ) No ¿Fuma o ha fumado? Cantidad por día: \_\_\_\_\_
30. ( ) Si ( ) No ¿Esta en una dieta especifica o pastillas dietéticas? Especifique: \_\_\_\_\_
31. ( ) Si ( ) No ¿Está tomando algún medicamento diario? Especifique: \_\_\_\_\_
32. ( ) Si ( ) No ¿Ha tomado medicina como cortisona o esteroides durante este año?
33. ( ) Si ( ) No ¿Usa gotas de ojos? Especifique: \_\_\_\_\_
34. ( ) Si ( ) No ¿Tiene glaucoma?
35. ( ) Si ( ) No ¿Tiene problema frecuente con acides, reflujo esofágico, indigestión frecuente, o hernia?

**36. USTED TIENE ALOGO DE LO SIGUIENTE:**  
 Dentaduras       Dentaduras parciales       Puente dental permanente       Fundas dentales

**USA ALGO DE LO SIGUIENTE:**  
 Lentes de contacto       Pestañas postizas       Peluca /peluquín       Aparato del oido

Lista de problemas médicos o quirúrgicos: \_\_\_\_\_

Lista de cirugías previas: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre: \_\_\_\_\_

Firma del anesthesiologo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_