

CUESTIONARIO PREVIO A LA ANESTESIA

Es necesario que conteste este cuestionario con la verdad, ya que facilitará la labor de nuestro Staff de anesthesiólogos para brindarle una anestesia segura y agradable.

FECHA DE CIRUGIA

Recuerde que debe traer este cuestionario lleno y firmado el día de su cirugía

DD MM AA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

OCUPACION: _____

ALERGIAS

¿Es usted alérgico o ha tenido reacciones a fármacos, medicamentos o algún tipo de vendas? (Por favor anote cada caso y el tipo de reacción que tuvo).

Sin alergias conocidas

MEDICAMENTOS

A) Anote todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluyendo los fármacos de venta libre.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

B) ¿Ha tomado alguna vez esteroides, como cortisona o prednisona? Sí No

En caso afirmativo ¿Cuándo las tomó por última vez?

HABITOS

A) ¿Fuma? Sí No Núm. de cigarrillos al día: _____

B) ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No Núm. de copas al día: _____

C) ¿Emplea drogas para estimular? Sí No Tipos: _____

D) ¿Tiene actividad física?(marque solo uno)

- Muy activo (sin restricciones)
 Moderadamente activo (sube escaleras)
 Inactivo (incapaz de caminar)

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

Anote las cirugías o motivos de hospitalización, fecha, hospital, y tipo de anestesia:

¿TIENE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS?

Resfriado Bronquitis Laringitis Fiebre Garganta inflamada

¿TIENE?

Prótesis dentales Dientes tapados Dientes flojos Dientes rotos

¿TIENE ALGÚN FAMILIAR QUE HAYA TENIDO PROBLEMAS CON LA ANESTESIA?

Sí No En caso afirmativo, favor de explicar

HISTORIAL DE SALUD

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su salud.

¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos?

	Sí	No
1. Se marea usted debido al movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Historial previo de náusea y/o vómito postoperatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cambios recientes en su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de espalda o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sangrado excesivo con trabajos dentales, cortadas pequeñas o cirugías previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ataque cardíaco o falla cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dolor en el pecho con o sin hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aturdimiento o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Falta de aliento con el ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Despertares nocturnos por falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hinchazón de piernas o tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dolor en las piernas con el ejercicio o dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha padecido parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Visión borrosa o pérdida temporal de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ataques (epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Problemas pulmonares (asma, bronquitis, neumonía, enfisema)
21. Tos o expectoración crónicos
22. Expectoración con sangre
23. Problemas del hígado, hepatitis o “coloración amarilla” de la cara o del blanco de los ojos
24. Excremento negro
25. Sangre en la orina o en el excremento
26. Problemas de riñón o vejiga
27. ¿Está - o podría estar - embarazada?
28. Posibilidad de SIDA
29. Problemas de varices en miembros inferiores
