



Facility _____

Surgery Date _____

PT Phone # _____

Cuestionario de Pre-Anestesia

La información que promociona a continuación ayuda a desarrollar su plan de anestesia.

Nombre: _____ FDN: _____

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ BMI _____

Alergias: _____

Describe alergia a medicamentos: _____

Medicamentos actuales (y suplementos y vitaminas): _____

Cirugías previas: _____

Por favor circule "Si" o "No" y escriba comentarios adicionales si es necesario

Reciente gripe/resfriado: **Si / No** _____

Dolor en el pecho: **Si / No** _____

Ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca, o latido cardiaco: **Si / No** _____

Angioplastia, Stento: **Si / No** _____

Presión alta: **Si / No** _____

Asma, enfisema, falta de aliento: **Si / No** _____

Puedes caminar 1 2 o 3 cuadras sin tener dificultad respiratorio? **Si / No** _____

Apnea de sueño, ronquidos nocturnos severos: **Si / No** _____

Enfermedad hepática o renal: **Si / No** _____

Reflujo acido, hernia hiatal: **Si / No** _____

Accidente cerebrovascular, convulsiones: **Si / No** _____

Parálisis, enfermedad muscular o nerviosa: **Si / No** _____

Problemas de sangre, moretones fáciles: **Yes / No** _____

Diabetes (tipo) / Tiroides: **Si / No** _____

Fuma cigarrillos: **Si / No** (paquetes/día ___ cuantos años ___ ano parado___)

Alcohol: **Si / No** (Cuanto/Frecuencia) _____

Drogas recreativas: **Si / No** tipo: _____ frecuencia: _____

Dependencia de sustancias presente o pasado: **Si / No** (tipo de sustancia) _____

Alguna reacción inusual a la anestesia en el pasado: **Si / No** _____

Posibilidad de embarazo: **Si / No** _____

¿Alguna otra condición médica? _____

¿Alguna preocupación especial para el proveedor de anestesia? _____