

PATIENT STICKER:

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PERIOPERATORIOS
 CUESTIONARIO MÉDICO PREOPERATORIO
 Y FORMULARIO DE DATOS DE EVALUACIÓN**

Información general del paciente: Completado por: Paciente Tutor Enfermeras de ingreso

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, nombre de pila e inicial del segundo nombre)

Edad: _____ Sexo: M F

Domina el inglés: Sí No Idioma principal: _____

Teléfono de la casa: _____ (Celular): _____ (Trabajo): _____

Nombre del cirujano: _____ Fecha programada para la cirugía: ____/____/____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Nombre del cardiólogo: _____ Teléfono: _____

Teléfono para llamarle antes de la cirugía: _____

Mejor momento para llamar: Mañana Tarde Noche ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

DIRECTIVAS ANTICIPADAS/PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Ha preparado directivas anticipadas?: Sí No
 Si no lo ha hecho, ¿le gustaría recibir información?: Sí No

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Tiene actualmente algún problema de dolor?: Sí No
 ¿Dónde siente el dolor?: _____ Escala del dolor: ____/10 dolor
 ¿Es capaz de hacer sus actividades diarias solo(a)?: Sí No
 Si contestó que no, ¿recibe ayuda actualmente?: Sí No ¿Quién le ayuda?: _____

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia?: Sí No
 Si contestó que sí, ¿a qué?: Alimentos Medicamentos Látex Otra _____
 Por favor enumere cualquier alergia que tenga a medicamentos o alimentos junto con la reacción que ha tenido: (Si necesita más espacio, adjunte otra página.)

Medicamentos y alimentos	Reacción
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

CIRUGÍAS

Enumere todas las cirugías y procedimientos previos, con fechas y complicaciones, si las hubo:
 (Si necesita más espacio, adjunte otra página.)

Cirugía	Date	Complicaciones (si las hubo)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

PATIENT STICKER:

MEDICAMENTOS

Por favor enumere todos los medicamentos, suplementos y productos a base de hierbas que use, junto con su dosis y frecuencia: (Si necesita más espacio, adjunte otra página.)

***** POR FAVOR ANOTE CUALQUIER USO DE ESTEROIDES ORALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES**

Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Por favor enumere sus antecedentes de salud familiar, específicamente padres, hermanos e hijos:

Por favor explique cualquier complicación o problema que haya tenido con la anestesia:

Por favor conteste las siguientes preguntas de "SÍ o NO" colocando una "X" bajo la respuesta que corresponda; si es necesario, dé más información.

	NO	SÍ
ANTECEDENTES CARDIACOS:		
¿Tiene antecedentes de latidos irregulares del corazón, fibrilación auricular o palpitaciones?		
¿Tiene antecedentes de presión arterial alta?		
¿Ha tenido alguna vez un ataque al corazón, enfermedades del corazón, angina o dolor de pecho o insuficiencia cardíaca?		
¿Alguna vez ha tenido un soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral o un problema de las válvulas del corazón?		
¿Alguna vez ha tenido un coágulo en una pierna? Si así fue, ¿llegó a los pulmones?		
¿Alguna vez le han hecho una cirugía del corazón?		
¿Alguna vez le han hecho un cateterismo cardíaco?		
Fecha: _____		
Dónde: _____		

PATIENT STICKER:

	NO	SI
¿Tiene stents cardíacos? Si contestó que sí, ¿de qué tipo (de metal puro o liberadores de fármacos)?:		
¿Alguna vez le han hecho un electrocardiograma, una prueba de esfuerzo cardíaco, una ecocardiografía u otras pruebas del corazón? Prueba: Fecha: Dónde: Prueba: Fecha: Dónde: Prueba: Fecha: Dónde:		
¿Alguna vez le han dicho que tomara antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico o dental?		
¿Tiene usted un marcapasos o un desfibrilador implantable (AICD)? Fecha en que se colocó: Dónde: ** Por favor pida a su cardiólogo que le envíe al cirujano la lectura más reciente de los datos del marcapasos y traiga su tarjeta de información con usted el día de las pruebas preliminares y el día de la cirugía.		
ANTECEDENTES RESPIRATORIOS:		
¿Siente falta de aire al respirar o se le hinchan los tobillos al hacer esfuerzo o ejercicio?		
¿Duerme con más de una almohada o se despierta por la noche con falta de aire al respirar?		
¿Ha tenido alguna vez tuberculosis?		
¿Ha fumado en el pasado?		
¿Usa una máquina para ayudarle a respirar en su casa?		
¿Tiene enfisema, asma o bronquitis (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) severa que limite sus actividades?		
¿Tiene apnea del sueño?		
¿Ronca ruidosamente o le han dicho que jadea, se ahoga, resuella o para de respirar mientras duerme?		
¿Usa una máquina BiPAP o C-PAP en su casa? De ser así, ¿cómo la configura?		
PIEL, VISION, AUDICION Y DIENTES:		
¿Alguna vez le han diagnosticado una infección como MRSA, ERV (VRE en inglés) o C. difficile? De ser así, ¿dónde estaba la infección? ¿Cuándo la tuvo?:		
¿Tiene glaucoma?		
¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
¿Tiene implantes dentales, dentadura postiza, coronas, adhesivos dentales u ortodoncia? De ser así, ¿que tiene?:		
¿Tiene pérdida de la audición? De ser así, ¿usa audífonos?:		
TRASTORNOS ENDOCRINOS, RENALES Y GASTROINTESTINALES:		
¿Tiene antecedentes de diabetes?		
¿Tiene antecedentes de enfermedad o tumor tiroideo o suprarrenal?		
¿Tiene antecedentes de enfermedad de riñón o cálculos renales?		
¿Usa esteroides (prednisona)?		
¿Ha tenido falta de apetito o pérdida involuntaria de peso en el último año?		
¿Está usted en diálisis? De ser así, ¿cuando fue su última sesión de diálisis?:		
¿Tiene antecedentes de hepatitis, cirrosis o insuficiencia hepática? Si tiene antecedentes de hepatitis, ¿de que tipo? ¿A, B o C?		
¿Tiene reflujo ácido? De ser así, ¿lo controla con medicación?:		
TRASTORNOS DE LA SANGRE E HISTORIAL DE TRANSFUSIONES DE SANGRE:		
¿Tiene antecedentes de anemia o de recuentos sanguíneos bajos?		
¿Tiene anemia drepanocítica o rasgo de células falciformes?		
¿Usa warfarina (Coumadin) o Plavix como anticoagulante? De ser así, ¿qué usa y para qué?:		
¿Se le forman moretones con facilidad o tiene problemas de sangrado?		
¿Le han hecho una transfusión de sangre en los últimos tres (3) meses?		
¿Ha tenido una reacción o una alergia a una transfusión de sangre?		
¿Ha donado sangre para esta cirugía?		

PATIENT STICKER:

	NO	SI
APARATO LOCOMOTOR Y SISTEMA NERVIOSO:		
¿Tiene antecedentes de accidente cerebrovascular o de convulsiones?		
¿Siente debilidad en los brazos o las piernas?		
¿Tiene antecedentes de lesiones en el cuello, la espalda o la cabeza?		
¿Tiene dolor crónico?		
¿Tiene artritis reumatoide, enfermedad de Raynaud o lupus?		
¿Tiene esclerosis múltiple?		
¿Tiene escoliosis?		
APARATO REPRODUCTIVO Y OBSTETRICIA:		
¿Está o cree que podría estar embarazada? Último ciclo menstrual:		
¿Ha estado embarazada en los últimos 3 meses?		
CANCER:		
¿Tiene antecedentes de cáncer o ha recibido quimioterapia? De ser así, ¿qué tipo de cáncer?:		
¿Ha recibido radioterapia?		
¿Le han hecho una disección axilar de ganglios linfáticos? De ser así, de qué lado:		
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ANESTESIA:		
¿Ha tenido alguna vez un médico dificultad para colocarle un tubo de respiración en la tráquea para una cirugía?		
¿Le han hecho alguna cirugía de garganta, cuerdas vocales o pulmones?		
¿Ha tenido una reacción a la anestesia ya sea alérgica o que puso su vida en peligro?		
¿Tiene usted o algún familiar suyo antecedentes de hipertermia maligna?		
¿Tiene alguna dificultad para abrir la boca o inclinar el cuello hacia adelante o atrás?		
SALUD MENTAL:		
¿Ha sufrido de ansiedad, depresión o un problema psiquiátrico? De ser así, por favor describa:		
¿Bebe alcohol? De ser así, ¿cuánto por semana?:	Último uso:	
¿Usa drogas recreativas o tiene antecedentes de abuso de sustancias? De ser así, ¿cuál(es) y con qué frecuencia?: uso:	Último	
PREGUNTAS PEDIÁTRICAS: Para pacientes menores de 10 años de edad		
¿Nació su hijo a término o prematuro? Si nació prematuro, ¿cuántas semanas?:		
¿Ha alcanzado su hijo los hitos del desarrollo apropiados para su edad? Si no es así, por favor, explique brevemente:		
¿Está al día con las vacunas su niño?		
¿Ha estado expuesto recientemente su niño a alguna enfermedad?		

Notas adicionales:

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** ___/___/___

Firma de la enfermera: _____ **Fecha:** ___/___/___ **Hora:** _____

Cuestionario verificado por: por teléfono en persona

Servicios de intérprete: Sí No **Nombre:** _____