



Questionario de Anestesia

Por favor responda las siguientes preguntas que nos ayudara a evaluarlo para la anestesia.

Peso _____

Altura _____

Ultimamente ha perdido peso? _____ Porque? _____

1- Ha recibido anestesia anteriormente? _____ Porque? _____

2- Ha tenido cirugia anteriormente? _____ Cuando y Porque? _____

Tuvo alguna reacion a la anestesia. _____

3- Algun miembro de su familia a tenido reacion a anestesia antes _____

4- Es Ud. alergico a algun medicamento, tapes, latex, etc.

Cuales? 1 _____, 2 _____

3 _____, 4 _____

5- Esta tomando algun medicamento en estos momentos?

1 _____, 2 _____

3 _____, 4 _____

7- Ha tomado cortisona o esteroides en el ultimo año? _____

8- Usa Ud dentaduras postizas o puentes removibles? _____

9- Tiene o ha tenido problemas con los pulmones? _____

Tuberculosis _____ Asthma _____ Tos _____ Falta aire _____

Bronquitis _____ Dolores Pecho _____

10- Cuando fue la ultima vez que se hizo radiografia de pecho? _____

11- Ud fuma? _____ Cuantos cigarrillos en el dia? _____

12- Le falta el aire despues de caminar o subir escaleras? _____

13- Ud duerme con mas de dos almohadas? _____

14- Ha sufrido alguna vez del higado _____ Ha tenido hepatitis? _____

15- Ha recibido transfusion de sangre alguna vez? _____

Porque? _____

16- Sufre o ha sufrido de Diabetis o problemas de Tiroides _____

17- Ha tenido problemas estomacales, como: Ulceras _____, acidez, _____

Hernia _____

18- Padece de Epilepsia o Convulsiones _____

19- Ha padecido de ataque de corazon? _____, Ha sido hospitalizado? _____

20- Cuando fue la ultima vez que se hizo un electrocardiograma? (EKG) _____

21- Ha tenido alguna vez dolores de pecho? _____ Fecha _____

22- Dolores de pecho han ocurrido cuando ha estado descansando o haciendo algun tipo de ejercicios? _____

23- Algun miembro de la familia ha padecido del corazon? _____

24- Toma algun tipo de diuretico? _____

25- Padece Ud. de inflamaciones en las piernas? _____

26- Padece Ud o algun familiar de problemas sicologicos o depresiones. _____

27- Tiene o ha tenido alguna condicion de salud seria _____

Si es mujer. Esta embarazada? _____ Ultima menstruacion _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____