



### 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 \_\_\_\_\_