

## HISTORIAL PREOPERATIVO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Cirugía planificada: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ Doctor primario: \_\_\_\_\_ No. de teléfono del doctor: \_\_\_\_\_

**Enumere todas las cirugías anteriores (y las fechas aproximadas)**


**Enumere cualquier alergia a medicamentos, látex, alimentos u otras (y sus reacciones a ellos)**


**Enumere todos los medicamentos (incluya medicamentos de venta libre, inhaladores, hierbas medicinales, suplementos y aspirina)**

Nombre del medicamento	¿Dosis y frecuencia?	Nombre del medicamento	¿Dosis y frecuencia?
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

Peso: (lbs. o kg.) \_\_\_\_\_ Estatura: (pulgadas o cm.) \_\_\_\_\_ (Encierre con un círculo las unidades de medida que usa)

**Marque cualquiera de las siguientes que apliquen a su salud:**

<input type="checkbox"/> <b>Ataque al corazón en cualquier momento*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Stent cardíaco en cualquier momento*</b>	<input type="checkbox"/> <b>LVAD*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ataque al corazón en los últimos 60 días*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Fibrilación auricular*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dispositivo cardíaco*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dolor o presión de pecho con actividad*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Arritmia*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Marcapasos*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Angina*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad cardíaca congénita*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Desfibrilador*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Insuficiencia cardíaca*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hipertensión</b>	<input type="checkbox"/> <b>Desmayos el último año*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cirugía del corazón*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Soplo*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dolor de piernas al caminar</b>
<input type="checkbox"/> <b>Stent cardíaco en los últimos 6 meses*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trastorno de válvula*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ninguna de éstas</b>
<input type="checkbox"/> <b>No poder subir 2 pisos o caminar 2 cuadras debido a dolor de pecho o dificultad para respirar*</b>		

Voltee el formulario para completar la 2ª página

\*Indica la necesidad de una persona para evaluación pre-operativa.

Nombre: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Oxígeno en el hogar*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Asma*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Neumonía en los últimos 2 meses*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hipertensión pulmonar*</b>	<input type="checkbox"/> <b>COPD*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cualquier problema con sus pulmones*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dificultad para respirar en reposo o con mínimo esfuerzo*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tos grave*</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas

<input type="checkbox"/> Debilidad en la cara, brazos o piernas	<input type="checkbox"/> <b>Demencia*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lesión en la médula espinal*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Derrame cerebral/TIA en los últimos 30 meses*</b>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> <b>Tumor cerebral*</b>
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral/TIA en cualquier momento	<input type="checkbox"/> <b>Miastenia grave*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aneurisma cerebral o MAV*</b>
<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> <b>Distrofia muscular*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Epilepsia, desfallecimientos o ataques*</b>
<input type="checkbox"/> Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> <b>Esclerosis Múltiple*</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas

<input type="checkbox"/> <b>Hospitalización en los últimos 30 días*</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> <b>Artritis reumatoide*</b>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <b>Ictericia*</b>	<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren
<input type="checkbox"/> <b>Cáncer: ¿De qué tipo?*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hipertiroidismo*</b>	<input type="checkbox"/> <b>HIV*</b>
_____	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> <b>Uso de drogas ilegales (excluyendo la marihuana)*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Quimioterapia o radiación en los últimos 3 meses.*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trastorno suprarrenal*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Insuficiencia renal*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad renal que no sean cálculos*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Trastorno pituitario*</b>	<input type="checkbox"/> Toma antibióticos por alguna razón
<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad del hígado*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diálisis*</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas
<input type="checkbox"/> <b>Cirrosis*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Esclerodermia*</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Lupus*</b>		

<input type="checkbox"/> <b>Anticoagulantes o cualquier otro medicamento que adelgace la sangre que no sea la aspirina.*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hemofilia*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Anemia falciforme*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hemorragia con cirugía o extracciones de dientes*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad de Von Willebrands*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Anemia</b>
<input type="checkbox"/> <b>Transfusión de sangre en los últimos 3 meses*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Alguna enfermedad de la sangre conocida*</b>	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales graves
<input type="checkbox"/> <b>Coágulos de sangre/émbolo pulmonar*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Testigo de Jehovah/Se rehúsa a productos de la sangre*</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas

\*Indica la necesidad de una persona para evaluación pre-operativa.

Nombre: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Hipertermia malina con anestesia (en parientes de sangre o en sí mismo)*</b>	<input type="checkbox"/> Dentaduras postizas
<input type="checkbox"/> <b>Náuseas o vómitos graves con la anestesia*</b>	<input type="checkbox"/> Problemas para abrir la boca
<input type="checkbox"/> Dificultad en las vías respiratorias con anestesia.	<input type="checkbox"/> Dientes sueltos/flojos
	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas

<input type="checkbox"/> <b>*Pérdida de peso no intencional &gt;10 lbs.*</b>	<input type="checkbox"/> Sentir que todo lo que hizo fue un esfuerzo: _____ días en la última semana.
<input type="checkbox"/> Dificultad para levantarse de la cama o silla por sí mismo	<input type="checkbox"/> <b>Necesita ayuda para comer, bañarse, o vestirse*</b>
<input type="checkbox"/> Dificultad para hacer sus propias comidas	<input type="checkbox"/> Se ha caído en los últimos 6 meses ( ____ veces)
<input type="checkbox"/> Sus habilidades físicas le limitan sus actividades diarias.	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas
<input type="checkbox"/> Dificultad para hacer las compras por sí mismo.	

<input type="checkbox"/> Ronquidos muy fuertes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño; usa CPAP
<input type="checkbox"/> Cansado/se queda dormido con frecuencia durante el día	<input type="checkbox"/> <b>Apnea del sueño; NO USA CPAP*</b>	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas
<input type="checkbox"/> <b>Se observa que deja de respirar mientras duerme*</b>		

<input type="checkbox"/> No puede hablar o entender inglés	<input type="checkbox"/> Sordomudo	<input type="checkbox"/> Ninguna de éstas
<input type="checkbox"/> No puede acostarse de forma plana boca arriba por 45 minutos.	<input type="checkbox"/> Ciego	
<input type="checkbox"/> ¿Actualmente está embarazada? ¿Cuándo empezó el último periodo menstrual? _____		
<input type="checkbox"/> Fuma (actualmente o en el pasado) _____paquetes al día por _____ años. Fecha en que dejó de fumar _____		
<input type="checkbox"/> Bebe alcohol. ¿Cuánto bebe al día? _____ cervezas _____ copas de vino _____ bebidas de licor fuerte.		

Enumere cualquier otra enfermedad médica o medicamentos no anotados:

\*Indica la necesidad de una persona para evaluación pre-operativa.