



1375

CUESTIONARIO DE PREANESTESIA PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Fecha del procedimiento: _____ Procedimiento: _____ Cirujano: _____

persona que le llevará a su casa: _____ Número de telefono: _____

Instrucciones: Indique si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones. Si no entiende cualquier pregunta o no esta seguro de la respuesta, anote un signo de interrogacion al lado de la pregunta.

¿Es alérgico a algún medicamento?

Enumere: _____

☐ Sí ☐ No

¿Fuma o ha fumado alguna vez?

¿Cuántos? _____

☐ Sí ☐ No

¿Usa o ha usado drogas populares?

Describe: _____

☐ Sí ☐ No

¿Bebe alcohol?

¿Cuánto? _____

☐ Sí ☐ No

¿Podría estar embarazada?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido una transfusión de sangre?

☐ Sí ☐ No

¿Asma o respiración sibilante?

☐ Sí ☐ No

¿Otros problemas respiratorios o de los pulmones

☐ Sí ☐ No

¿Presión sanguínea alta?

☐ Sí ☐ No

¿Infarto?

☐ Sí ☐ No

¿Angina o dolor de pecho?

☐ Sí ☐ No

¿Es el dolor uno de los motivos por su presencia aqui hoy?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es si, ¿donde tiene dolor: _____

¿Cuanto tiempo ha tenido dolor: _____

¿Latido cardiaco irregular?

☐ Sí ☐ No

¿Otros problemas cardiaco?

☐ Sí ☐ No

¿Problemas del hígado o hepatitis?

☐ Sí ☐ No

¿Diabetes o concentracion alta de azucar en sangre?

☐ Sí ☐ No

¿Epilepsia o convulsiones?

☐ Sí ☐ No

¿Apoplejia, parálisis, meningitis?

☐ Sí ☐ No

¿VIH o SIDA?

☐ Sí ☐ No

¿Enfermedad sanguínea o problemas de hemorragias?

☐ Sí ☐ No

¿Enfermedad drepanocítica?

☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna vez usted o un pariente de sangre problemas con una anestesia?

☐ Sí ☐ No

¿Puede subir rapidamente un tramo de escaleraso caminar 4 millas en una hora?

☐ Sí ☐ No

Clasifique su dolor, rodeando con un circulo la cara que mejor lo describe

WONG/BAKER FACES PAIN SCALE



0
Ningun
Dolor



2
Dolor
Leve



4
Dolor
Moderado



6
Dolor
Intenso



8
Dolor Muy
Intenso



10
Peor Dolor
Posible

From Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Reprinted by permission.

Enumere todos los medicamentos, inhaladores, analgesicos, farmacos de venta libre, suplementos dieteticos, compuestos herbarios que toma actualmente o que ha tomado durante los ultimos seis meses: _____

Enumere todas las operaciones que ha tenido, con la fecha de cada una: _____

Comentarios o inquietudes adicionales no indicados arriba: _____

Firma del paciente o persona que llena el formulario

Fecha

Hora

Revisado por el anestesiolego/P.A.

Fecha

Hora

**RECONOCIMIENTO DE LA NECESIDAD DE ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO DEL
ALTA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA**

YO, _____, RECONOZCO QUE SE ME HA INFORMADO, POR ANTICIPADO A MI CITA PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, QUE OTRO ADULTO DEBE ACOMPAÑARME A LA CASA EN EL MOMENTO DEL ALTA. ENTIENDO QUE SE ME DARÁ DE ALTA CUANDO ME HAYA RECUPERADO LO SUFICIENTE DE LA ANESTESIA Y DE LA CIRUGÍA PARA PODER VIAJAR, PERO DEBO TENER UN ADULTO RESPONSABLE QUE ME ACOMPAÑE A LA CASA.

ESTA PRECAUCIÓN ES NECESARIA DEBIDO A QUE EN OCASIONES LOS PACIENTES EXPERIMENTAN PROBLEMAS, AUNQUE HAYAN ESTADO MÉDICAMENTE ESTABLES ANTES DEL ALTA. POR ESO, HE HECHO O HARÉ LOS ARREGLOS NECESARIOS PARA QUE OTRO ADULTO ME ACOMPAÑE CUANDO SEA DADO DE ALTA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA.

FIRMADO: _____ (PACIENTE)

FECHA: _____ HORA: _____

FIRMADO: _____ (TESTIGO)

FECHA: _____ HORA: _____