



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?<br>Enumere: _____  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Latido cardiaco irregular?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Fuma o ha fumado alguna vez?<br>¿Cuántos? _____     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Otros problemas cardiaco?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usa o ha usado drogas populares?<br>Describa: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Problemas del hígado o hepatitis?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Bebe alcohol?<br>¿Cuánto? _____                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Diabetes o concentracion alta de azucar en sangre?                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Podría estar embarazada?                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Epilepsia o convulsiones?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha tenido una transfusión de sangre?                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Apoplejia, paralisis, meningitis?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Asma o respiración sibilante?                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿VIH o SIDA?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Otros problemas respiratorios o de los pulmones     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Enfermedad sanguinea o problemas de hemorragias?                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Presión sanguínea alta?                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Enfermedad drepanocitica?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Infarto?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido alguna vez usted o un pariente de sangre problemas con una anestesia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Angina o dolor de pecho?                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Puede subir rapidamente un tramo de escaleraso caminar 4 millas en una hora?    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

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

**WONG/BAKER FACES PAIN SCALE**



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.

¿Es el dolor uno de los motivos por su presencia aqui hoy?  Si  No

Si la respuesta es si, ¿donde tiene dolor: \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo ha tenido dolor: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_