

Nombre del paciente:
 Fecha de nacimiento:

Cuestionario previo a la anestesia para el paciente
 (debe completarlo el paciente o este con ayuda del proveedor)

	SÍ	NO
Nivel de actividad		
¿Sus actividades se ven limitadas porque usted se queda sin aire o siente cansancio? (no debido a la debilidad o al dolor de las articulaciones o de los músculos)		
¿Tiene dificultad para caminar despacio 2 cuerdas, hacer tareas domésticas o trabajos de jardinería livianos (tales como limpiar, cortar el césped, lavar los platos), participar en actividades de recreación livianas (tales como billar, canotaje, jugar al golf) o al hacer tareas domésticas moderadas (tales como aspirar, barrer o cargar las bolsas de compras)?		
General		
¿Cuánto pesa? (libras)		
¿Cuánto mide? (pies, pulgadas)		
¿Tiene dispositivos implantados tales como un bypass, bombas de medicamentos o dispositivos electrónicos de estimulación espinal o cerebral?		
Mujeres: ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada , está intentando quedar embarazada o está embarazada?		
Embarazo (si corresponde)		
¿Cuál es la fecha prevista del parto?		
¿Tiene antecedentes médicos de preeclampsia, eclampsia o presión arterial alta durante el embarazo?		
¿Tiene antecedentes médicos de problemas con la anestesia epidural o espinal durante el embarazo?		
Antecedentes médicos o inquietudes respecto de la anestesia		
¿Alguna vez ha tenido problemas graves con la anestesia?		
¿Algún miembro de su familia tuvo problemas graves con la anestesia?		
¿Usted o alguien de su familia padece de una afección llamada " hipertermia maligna "?		
¿Tiene alguna creencia que le prohíba recibir productos derivados de la sangre?		
¿Tiene alguna inquietud de importante sobre la anestesia que va a recibir?		
Sistema nervioso		
¿Alguna vez tuvo una apoplejía , lesión en la cabeza o hemorragia cerebral?		
¿Tiene parálisis o debilidad importante en uno de los brazos o piernas?		
¿Tiene dolor crónico?		
Corazón		
¿Tiene algún dispositivo en el corazón tal como un marcapasos, desfibrilador o algún otro dispositivo?		
Si responde sí, indique de qué tipo:		
Si responde sí, indique la última vez que se lo revisaron:		
¿Alguna vez tuvo un ataque al corazón u otros vasos sanguíneos bloqueados?		
¿Alguna vez sintió o siente ahora presión en el pecho o dolor en el pecho especialmente durante una actividad?		
¿Tuvo o fue tratado(a) por insuficiencia cardíaca o líquido en los pulmones en los últimos 3 meses?		
¿Tiene hipertensión arterial?		
¿Le han reemplazado una válvula?		
¿Ha tenido ritmo cardíaco extrañamente lento, rápido o irregular?		
¿Le han colocado stents en el corazón o tuvo una cirugía a corazón abierto?		

Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento:

Cuestionario previo a la anestesia para el paciente
(debe completarlo el paciente o este con ayuda del proveedor)

	SÍ	NO
Sistema respiratorio		
¿Usted ronca muy fuerte y deja de respirar mientras duerme?		
¿Le han diagnosticado apnea del sueño?		
¿Utiliza terapia de oxígeno en su casa?		
¿Tiene bronquitis crónica, enfisema o asma?		
¿Le han diagnosticado embolia pulmonar (o coágulo en los pulmones)?		
¿Tuvo o le diagnosticaron neumonía en los últimos 30 días?		
¿Ha tenido una infección en las vías respiratorias superiores recientemente?		
Sistema endócrino		
¿Tiene diabetes?		
¿Utiliza esteroides de manera regular?		
Aparato digestivo, riñones e hígado		
¿Tuvo hepatitis [o ictericia (piel amarilla)]?		
¿Tiene cirrosis hepática?		
¿Tiene acidez o reflujo gastroesofágico?		
¿Recibe diálisis?		
¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal?		
Hemorragia o coagulación		
¿Usted o su familia tienen antecedentes médicos de problemas graves de hemorragia o coagulación ?		
¿Usted toma medicamentos anticoagulantes de manera crónica ? (por ejemplo: warfarina, Xarelto®, heparina, Lovenox®, Aspirina®, Plavix®)		
Infecciones		
¿Tuvo la infección por estafilococo aureus resistente a la meticilina (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, MRSA) o " C Diff ", una infección que causa diarrea?		
¿Tuvo tuberculosis (TB), resultado positivo en alguna prueba de TB o tosió con sangre?		
¿Alguna vez le hicieron una prueba de VIH o cree que podría ser VIH positivo?		
Solo para pediatría		
¿Su hijo tiene distrofia muscular o algún trastorno muscular?		
¿Su hijo tiene antecedentes médicos de enfermedad cardíaca congénita?		
¿Su hijo tiene antecedentes médicos de asma?		
¿Su hijo ha tenido fiebre o alguna infección en las vías respiratorias superiores en los últimos 30 días?		