

Por favor lea y llene cuidadosamente. Toda la información es confidencial. Su Anestesiologo usara esta información para ayuda de un plan de Anestesia;

1. Por favor indique su: Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 2. Primer Idioma: \_\_\_\_\_ Necesita interprete:  Si  No  
 3. Ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas?

Año	Año	Año
<input type="checkbox"/> _____ Asma	<input type="checkbox"/> _____ Hepatitis	<input type="checkbox"/> _____ Desorden Sanguineo
<input type="checkbox"/> _____ Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/> _____ Ictericia	<input type="checkbox"/> _____ Celulas Enfermas
<input type="checkbox"/> _____ Eficema	<input type="checkbox"/> _____ Problemos de Riñon	<input type="checkbox"/> _____ Hemofilia
<input type="checkbox"/> _____ Tuberculosis	<input type="checkbox"/> _____ Epilepcia	<input type="checkbox"/> _____ moretones faciles
<input type="checkbox"/> _____ Alta preción	<input type="checkbox"/> _____ Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/> _____ Desorden muscular
<input type="checkbox"/> _____ diabetis	<input type="checkbox"/> _____ Artritis	
<input type="checkbox"/> _____ Problemas tiroidales	<input type="checkbox"/> _____ otro _____	

4. Ha tenido alguna vez ataque al corazón, irregularidades del corazón o palpitaciones?  Si  No  
 Tiene problemas para respirar con trabajo ligero?  Si  No  
 Se despierta por problemas para respirar?  Si  No  
 Duerme con dos o tres almoadas para poder respirar?  Si  No  
 5. Usas lentes de contacto, lentes, dentaduras, placas parciales, coronas dentales, puentes o tienes dientes flojos?  Si  No  
 6. Has tenido alguna cirugia menor o mayor en el pasado?  Si  No  
 7. Si a tenido en el pasado alguna cirugia, a tenido algun problema con la anestesia, como: Fiebre alta(hipertemia), musculos dormidos prolongado, o problemas para respirar?  Si  No  
 Por Favor Explique: \_\_\_\_\_

8. Esta Tomando algun medicamento?(incluya productos con aspirina y hierbas)  Si  No  
 Por favor enliste: Nombre, Dosis, Frecuencia \_\_\_\_\_

9. Es alergico algun medicamento?  Si  No  
 Por favor enliste: \_\_\_\_\_

10. Fuma?  Si  No  
 \_\_\_\_\_ #paquetes al dia \_\_\_\_\_ # años \_\_\_\_\_ # años que renuncio

11. Ha tenido tos o fiebre en los ultimas tres dias?  Si  No

12. Si es usted mujer, hay posibilidad de embarazo?  Si  No

13. Tiene algun dolor en este momento?  Si  No

Cual nivel de dolor tiene? \_\_\_\_\_

14. Quien lo llevara a casa? \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Patient/Parent/Caregiver Signature Date

**INDIO SURGERY CENTER**  
**QUESTIONARIO PRE-ANESTESIA**

Patient name