



Cuestionario Pre-Operatorio

Procedimiento: _____

- Si desea expandirse en una respuesta o tiene información adicional que desea compartir con el doctor, favor de anexarla.
- SU SEGURIDAD DEPENDE DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE USTED NOS PROPORCIONE.

*Nombre: _____ *Altura: _____ *Edad: _____
Correo Electrónico: _____ *Peso: _____ *IMC: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ CP: _____

*Teléfono: Celular: _____
Casa: _____ Peso Máx: _____ Cuando? _____

*Tengo Alérgia a: _____ Nacimiento: _____ Cirugía: _____
*En caso de emergencia
contactar a esta persona: _____ Teléfono: _____

- *Problemas Médicos/Físicos? (i.e., insomnio, presión arterial alta, diabetes, colesterol alto, enfermedades sanguíneas, desórdenes neurológicos, etc.) Si No No lo sé
Indicar cuál (es), en caso afirmativo:
- Toma algún medicamento o suplemento herbario? Si No No lo sé
Indicar nombre, cantidad y motivo para tomarlo, en caso afirmativo:
- En su familia existe historial de diabetes, cáncer y/o hipertensión? Si No No lo sé
Indicar cuál (es), en caso afirmativo:
- Alguna cirugía (i.e., vesícula, apéndice, hernia, corazón, etc.)? Si No No lo sé
Indicar cuál (es), en caso afirmativo:
- Tiene alguna reacción adversa a la anestesia? Si No No lo sé
Indicar cuál (es), en caso afirmativo:
- Tiene dentaduras, implantes dentales, o casquillos? Si No No lo sé
Indicar cuál (es), en caso afirmativo:
- Tiene hijos? Indicar cuántos, en caso afirmativo: Si No
- Tiene períodos menstruales abundantes? Si No
- Fuma cigarrillos? Indicar cuántos cigarrillos diarios, en caso afirmativo: Si No
- Toma bebidas alcohólicas? Indicar cuántas al día, en caso afirmativo: Si No
- Consume drogas? Indicar tipo de droga y _____



Evaluación Pre-Operatoria

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de hoy: _____

Para las siguientes preguntas, porfavor indique "Si" "No" o "No lo sé". Favor de responder a todas las preguntas.

1. Actualmente toma alguno de los medicamentos enlistados a continuación?
 - a) Aspirinas (excedrin, anacin, bufferin) Si No No lo sé
 - b) Anticoagulantes (pastillas p/adelgazar la sangre) Si No No lo sé
 - c) Ritmo para corazón (Propanol, Verapamil) Si No No lo sé
 - d) Diuréticos (pastillas de agua) Si No No lo sé
 - e) Medicamento Anti-hipertensión (presión sanguínea) Si No No lo sé
 - f) Medicamento para el corazón (Digitalis) Si No No lo sé
 - g) Esteroides (prednisone, cortisona) Si No No lo sé
2. Alguna vez ha recibido tratamiento para cáncer con quimioterapia o radiación?
Indicar tipo y fecha, en caso afirmativo: _____ Si No No lo sé
3. Actualmente tiene algún problema con su:
 - a) Hígado (cirrosis, hepatitis, ictericia amarilla) Si No No lo sé
 - b) Riñón (infección, piedras, fallas) Si No No lo sé
 - c) Bazo Si No No lo sé
 - d) Sangre (anemia, leucemia) Si No No lo sé
4. Usted o alguien de su familia ha presentado algún problema serio de sangrado?
5. Ha tenido sangrado prolongado o inusual derivado de extracción dental, alguna cortada, cirugía o sangrado de nariz? Si No No lo sé
6. Le sangran las encías al lavarse los dientes? Si No No lo sé
7. Esta usted en estado de embarazo? Si No No lo sé
8. Hay alguna posibilidad de que se encuentre usted en estado de embarazo? Si No No lo sé
9. Le han diagnosticado diabetes? Si No No lo sé
10. Se levanta a orinar en mas una ocasión durante la noche? Si No No lo sé
11. Le dan contracturas, calambres o dolores musculares?
Indicar frecuencia, en caso afirmativo: _____ Si No No lo sé
12. Tiene problemas con sus pulmones o su pecho? (dolor de pecho, arritmia o latidos de corazón saltados, presión arterial alta, fuma uno o mas paquetes de cigarrillos al día, falta de aliento o dificultad para respirar, enfisema pulmonar, asma, bronquitis...)
Favor de subrayar todas las que apliquen en su caso y agregar de ser necesario. Si No No lo sé
13. Tiene tos, o toce con frecuencia? Si No No lo sé
14. Tiene epilepsia o sufre de ataques o convulsiones? Si No No lo sé
15. Tiene problemas de cuello o espalda? Si No No lo sé
16. Tiene alguna cirugía programada? (aparte de esta)
Indicar tipo y fecha, en caso afirmativo: _____ Si No No lo sé
17. Toma algún medicamento actualmente?
Enlistar en caso afirmativo: _____ Si No No lo sé