

FORMATO EVALUACION PREANESTESICA

A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-011 V1

Ciudad: BOGOTA

Sede: CENTRO DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Fecha:

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y nombres:	Empresa:
Especialidad:	Edad:
Procedimiento por realizar:	Género:

ANTECEDENTES

Anestésicos General No.:	Regional	Ultima anestesia hace:
Complicaciones		
Alérgicos:		
Farmacológicos:		
Hemorrágicos:		
Patológicos		
Quirúrgicos:		
Tóxicos:		
Otros:		

REVISION POR SISTEMAS

Disnea SI	NO	Grado:	Angina SI	NO	Grado:	Palpitaciones SI	NO
Precipitado por:							
Tos SI	NO	Periodicidad de la tos:	SNC o Glasgow	Otros síntomas			

EXAMEN FISICO

Presión arterial:	F Cardíaca:	F Respiratoria:	Temperatura:
Peso:	Talla:	IMC:	
Lentes de contacto: SI	NO	Cuello normal: SI	NO
Prótesis dental: SI	NO	Removible: SI	NO
Apertura: Normal	Anormal	Probabilidad vía aérea difícil: Alta	Media
Ruidos cardíacos Rítmicos	Arrítmicos	Pulsos: Normal	Anormal
Soplos cardíacos SI	NO	Características del soplo:	
Auscultación pulmonar: Normal	Anormal	Especifique:	
Abdomen:	Extremidades:		
Otros hallazgos:	FUR:		

EXAMENES DE LABORATORIO

Hto:	Hb:	Glicemia:	Creatinina:	BUN:	Plaquetas:	Albumina:
ECG:						
Rx Tórax						
ECOCG:						
Otros:						

DIAGNOSTICOS:

ASA: NYHA:

RECOMENDACIONES:

ANESTESIOLOGO: