

EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Fecha: ____/____/____

Hora: ____ : ____

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ **Peso:** _____

Obra Social: _____ **Cama:** _____

Clínica preoperatorio

Insuf. Cardíaca _____ EPOC _____ Hepatopatía _____ Glaucoma _____

Arritmias _____ Fuma _____ Coagulopatía _____

Desnutrido _____ Deshidratado _____

Hipertensión _____ Hipertiroidismo _____ Alcohol _____

Hipotensión _____ Drogas _____ Hipotiroidismo _____

Distendido _____ Shock _____

Tos _____ Alergias _____ Nefropatía _____

Expectoración _____ Anemia _____ Convulsiones _____

Inconsciente _____ Asma _____ Diabetes _____

Hipertermia _____ Obnubilado _____

Medicación Habitual

Diuréticos _____ Hipotensores _____ Antihistamínicos _____

Hipoglucemiantes _____ Anticoagulantes _____ Anticonvulsivantes _____

Digitálicos _____ Beta Bloqueantes _____ Antibióticos _____

Corticoides _____ Antihipertensivos _____ Insulina _____

Ansiolíticos _____

Cirugías previas: _____

Observaciones: _____

Examen Cabeza y Cuello

Apertura boca (cm) _____ Maxilares _____

Piezas dentarias _____ Prótesis inferior-superior _____

Cuello _____ Fauces _____

Movilidad cervical _____ Distancia tiromentoniana (cm) _____

Predicción intubación _____

Observaciones: _____

Áreas exploradas para punciones regionales

Cuello.....

Axilas.....

Brazos.....

Muñecas.....

Manos.....

Columna vertebral.....

Observaciones.....

.....

.....

Examen físico Cardiovascular

.....

.....

.....

Examen físico Respiratorio

.....

.....

Exámenes complementarios

Laboratorio.....

.....

ECG.....

.....

Rx Tórax.....

Otros.....

.....

Horas de Ayuno.....

ASA Grado.....

Observaciones.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello del médico.....