|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ENCUESTA DE PRE SEDACIÓN** | **CODIGO** | FT-PA-GI-HC-064 |
| **VERSION** | 03/07-OCTUBRE-2021 |
| **PAGINA** | 1 DE 1 |
| **PROCESO** | GESTION DE LA INFORMACION | **SUBPROCESO** | HISTORIA CLINICA |

|  |
| --- |
| Nombre Completo: DAVID FERNANDO CARDENAS MOLINA |
| Identificación: 13339306 |
| Procedimiento a realizar: GASTROCOLONO ADULTOS |
| Teléfono: 465456546 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Este formato debe ser llenado por el paciente** | | | | | |
| Sexo: Femenino | Edad: 61 | | | Peso: 45 | Talla: 54 |
| **Lea las siguientes preguntas con atención, marque con una "x" según corresponda. Especifique las respuestas que fueron si** | | | | | |
| ¿Tiene alergia conocida a algún medicamento, comida? | | |  | Si: X No: Cual: | |
| ¿Sufre de Enfermedad cardiaca? |  | |  | Si: No: X Cual: | |
| ¿Sufre de enfermedad Pulmonar? |  | |  | Si: X No: Cual: | |
| ¿Ha presentado ronquidos al dormir? |  | |  | Si: X No: | |
| ¿Usa CPAP?: Si: No: X ¿Usa Oxigeno en la casa? | | |  | Si: X No: | |
| ¿Sufre de enfermedad neurológica/psiquiátrica? |  | |  | Si: No: X Cual: | |
| ¿Sufre de enfermedad de riñón y/o hígado? |  | |  | Si: No: X Cual: | |
| ¿Consume medicamentos que interfieren con la coagulación? | | |  | Si: No: X Cual: | |
| ¿Ha tenido antecedentes de sangrados previos? |  | |  | Si: X No: | |
| ¿Consume frecuentemente alcohol o drogas? |  | |  | Si: X No: | |
| ¿Si es mujer cree estar en embarazo? |  | |  | Si: No: X | |
| ¿Le han realizado cirugías? |  | |  | Si: X No: Cual: | |
|  | | | | | |
| ¿Presento alguna complicación con sedaciones y/o anestesias previas? | | |  | Si: X No: Cual: | |
| ¿Se fatiga con sus actividades diarias? |  | |  | Si: No: X | |
| ¿Ha estado hospitalizado en los últimos tres meses? | | |  | Si: X No:  ¿Por qué?: | |
|  | | | | | |
| ¿Desea recibir sedación en su procedimiento? |  | |  | Si: No: X | |
| **Liste los medicamentos que usa actualmente:** | | | | | |
| Medicamento: yrtyrt | | Dosis: yrt | | | |
| Medicamento: | | Dosis: | | | |
| Medicamento: | | Dosis: | | | |
| Medicamento: | | Dosis: | | | |
| Medicamento: | | Dosis: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO POR** | **REVISADO POR** | **APROBADO POR** |
| JEFE DE CALIDAD | COMITÉ DE HISTORIA CLINICA | COMITÉ CALIDAD |