

# CUESTIONARIO

## CUESTIONARIO PRE/ ANESTÉSICO

Nombre y Apellido:.....

Edad:..... Peso:..... Altura:.....			
	NO	SI	
Enfermedades del corazón /Ataque cardiaco			<b>Comentarios</b>  <b>¿usa usted...? (use circulos para indicar la opción)</b> Dentadura completa                      Superior Inferior Dentadura parcial                      Superior Inferior Fundas / coronas /                      Superior Inferior Implantes  Lentes de contacto                      Rígidas      Flexibles  Audífonos                      Izquierdo      Derecho  <b>Hábitos</b> Bebidas Alcoholicas Nunca / Ocasionalmente / Diariamente Cigarrillos .....cigarrillos por día durante.....años Adicciones Marihuana / Cocaína / otras:.....  <b>Solo para sexo femenino</b> Fecha de última menstruación: ¿Puede estar embarazada?      Si / No / No sabe
Angina de Pecho / Dolor de pecho con el ejercicio			
Insuficiencia cardiaca			
Palpitaciones / Arritmias			
Soplos cardiacos			
Presión arterial alta			
Presión arterial baja			
Resfrio o gripe en las últimas 6 semanas			
Asma Bronquial			
Bronquitis / tos			
Falta de aire en reposo			
Calculos en los riñones /Sangre en la orina			
Insuficiencia renal / Diálisis			
Hepatitis / Ictericia (color amarillo en la piel)			
Úlcera de estómago o duodeno			
Hernia hiatal / Reflujo /Acidez			
Diabetes ( azucar alta en sangre )			
Hipoglucemia (azucar baja en sangre)			
Enfermedades de la tiroides			
Anemia			
Tendencia a hemorragias (sangrado de encías,hematomas)			
Desmayos / Lipotimias			
Epilepsia			
Migrañas /Dolor de cabeza			
Polio Enfermedades de la columna vertebral			
Dolor de espalda			
Enfermedades del sueño (¿ duerme bien? )			
Medicaciones incluya automedicaciones y gotas oculares		Alergias (drogas y tipo de reacción)	
Cirugías (especifique tipo y año )			
<b>Anestesias (describa complicaciones si las hubo)</b>  Anestesia General  Anestesia regional peridural , raquídeasSedación  Anestesia Dental			