

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PRE/ANESTÉSICO

Nombre y Apellido:

Edad:	Peso:	Altura:		
	NO	SI	Comentarios	
Enfermedades del corazón / Ataque cardíaco			<p>¿usa usted? (use círculos para indicar la opción)</p> <p>Dentadura completa: Superior Inferior</p> <p>Dentadura parcial: Superior Inferior</p> <p>Fundas / coronas / implantes: Superior Inferior</p> <p>Lentes de contacto: Rígidas Flexibles</p> <p>Audifonos: Izquierdo Derecho</p> <p>Hábitos</p> <p>Bebidas Alcohólicas:</p> <p> Nunca Ocasionalmente Diariamente</p> <p>Cigarrillos:</p> <p>..... Cigarrillos por día durante Años</p> <p>Adicciones</p> <p>Marihuana / Cocaína / Otras:</p> <p>Solo para sexo femenino:</p> <p>Fecha de última menstruación:</p> <p>¿Puede estar embarazada? Sí / No / No sabe</p>	
Angina de Pecho / Dolor de pecho con el ejercicio				
Insuficiencia cardíaca				
Palpitaciones / Arritmias				
Soplos cardíacos				
Presion arterial alta				
Presion arterial baja				
Resfrío o gripe en las últimas 6 semanas				
Asma Bronquial				
Bronquitis / tos				
Falta de aire en reposo				
Cálculos 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 (azúcar alta en sangre)				
Hipoglucemia (azúcar 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)	
Anestesias (describa complicaciones si las hubo)	
Anestesia General	
Anestesia regional peridural, raquídeas, Sedación	
Anestesia Dental	