# CUESTIONARIO

## **CUESTIONARIO PRE/ANESTÉSICO**

Nombre y Apellido: ……………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad: ………………. | Peso: ………………. | | Altura: …………… | | |  |  | |
|  | | NO | | SI | Comentarios |  | | | | | |
| Enfermedades del corazón / Ataque cardíaco | |  | |  |  | ¿usa usted? (use círculos para indicar la opción) | | | | | |
| Angina de Pecho / Dolor de pecho con el ejercicio | |  | |  |  | Dentadura completa: | | Superior | | Inferior |
| Insuficiencia cardíaca | |  | |  |  | Dentadura parcial: | | Superior | | Inferior |
| Palpitaciones / Arritmias | |  | |  |  | Fundas / coronas / implantes: | | Superior | | Inferior |
| Soplos cardíacos | |  | |  |  |  | |  | |  |
| Presion arterial alta | |  | |  |  | Lentes de contacto: | | Rígidas | | Flexibles |
| Presion arterial baja | |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  | |  |  | Audífonos: | | Izquierdo | | Derecho |
| Resfrío o gripe en las últimas 6 semanas | |  | |  |  | **Hábitos** | | | | | |
| Asma Bronquial | |  | |  |  | Bebidas Alcohólicas: | | | | | |
| Bronquitis / tos | |  | |  |  | Nunca | | Ocasionalmente | | Diariamente |
| Falta de aire en reposo | |  | |  |  | Cigarrillos: | | | | | |
|  | |  | |  | …………. Cigarrillos por día durante ………. Años | | | | | |
| Cálculos en los riñones / Sangre en la orina | |  | |  |  | **Adicciones** | | | | | |
| Insuficiencia renal / Diálisis | |  | |  |  | Marihuana / Cocaína / Otras: ……………………….. | | | | | |
| Hepatitis / Ictericia (color amarillo en la piel) | |  | |  |  |  | | | | | |
| Ulcera de estómago o duoudeno | |  | |  |  | **Solo para sexo femenino:** | |  | |  |
| Hernia hiatal / Reflujo / Acidez | |  | |  |  | Fecha de última menstruación: | | | | | |
|  | |  | |  | ¿Puede estar embarazada? | | Sí / No / No sabe | | |
| Diabetes (azúcar alta en sangre) | |  | |  |  |  | | | | | |
| Hipoglucemia (azúcar baja en sangre) | |  | |  |  |  | |  | |  |
| Enermedades 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 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sanatorio Agote**  Dr. Luis Agote 2477 C.A.B.A.  Teléfono 4576-200 | **Clínica Zabala**  Cabildo 1295  C.A.B.A. | **Clínica Santa Isabel**  Av. Directorio 2037  C.A.B.A. |