



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Univazo

DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y AYUDA AL TRATAMIENTO
UNIDAD TÉCNICA FUNCIONAL DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA

H.C: _____

Fecha: _____

RIESGO QUIRÚRGICO

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F)

Diagnóstico pre operatorio oftalmológico: _____

Cirugía o procedimiento a realizar: _____ Tipo de anestesia: _____

Tipo de Cirugía y tiempo para cirugía: Emergencia (<6 Hrs) () Urgencia (6 a 24 Hrs) ()

Tiempo / Dependiente o Tiempo / sensible (2 días a 6 Semanas) () Electiva (Hasta un 1 años) ()

Antecedentes / Factores de riesgo cardiovascular:

Alergias a medicamentos: _____ **Especificar:** _____

Alergia a anestésicos: _____

Cardio / Vasculares: Hipertensión arterial () Infarto agudo de miocardio () Angina de pecho () Insuficiencia cardíaca () Arritmia cardíaca ()
Historia de angioplastia o cirugía coronaria () Várices () Tabaco () Alcohol () Sedentarismo () Dieta/hábitos alimentarios inapropiados ()
Otros () Especificar: _____

Pulmonares: Asma () EPOC () Fibrosis Pulmonar () TBC Pulmonar () Otros () Especificar: _____

Digestivos: Cirrosis hepática () Otros () Especificar: _____

Metabólicos: Diabétes mellitus 1 () Diabétes mellitus 2 () Hipertiroidismo () Hipotiroidismo () Hipertlipidemia () Obesidad ()
Otros () Especificar: _____

Neurológicos: Accidente isquémico transitorio () Accidente cerebrovascular Isquémico o hemorrágico ()
Otros () Especificar: _____

Renales: Insuficiencia renal aguda () Insuficiencia renal crónica () Hemodiálisis () Otros () Especificar: _____

Hemáticas: Enfermedades de la Coagulación () Otros () Especificar: _____

Cirugías previas: _____

Transfusiones sanguíneas: _____

Uso de antiagregantes o anticoagulantes: _____

Otras Patologías: _____

Medicación habitual: _____

Síntomas y Signos: Fiebre () Tos seca () Tos productiva () Disnea () Especificar: _____

Dolor precordial anginoso () Palpitaciones () Síncope () Edema de miembros inferiores () /+++

Otros () Especificar: _____

Examen físico: Presión arterial: _____ mmHg Frec. Cardíaca: _____ /min Frec. Resp: _____ /min
Peso: _____ Kg Talla: _____ m IMC: _____ P. Abd: _____ cm.

Estado General / Hidratación / Nutrición: _____

Tórax y pulmones: _____

Cardiovascular: _____

Abdomen: _____

Neurológico: _____

Otros hallazgos: _____

Exámenes auxiliares:

Fecha de exámenes de laboratorio: _____

Hb: _____ mg/dl Hto: _____ % Glucosa basal: _____ mg/dl Creatinina: _____ mg/dl Grupo sanguíneo y Factor Rh: _____

Plaquetas: _____ Tiempo de coagulación: _____ Tiempo de sangría: _____ Tiempo de protombina e INR: _____

Otros exámenes de laboratorio y / o escalas y / o valoraciones según corresponda (Ej. CI Cr, etc.): _____

Procedimientos:

Electrocardiograma: Ritmo: _____ Frec. cardíaca: _____ Eje QRS: _____ Intervalo PR: _____

Onda P: _____ QRS: _____ QTc: _____

Onda T: _____ Características del QRS: _____

Conclusiones: _____

P

E E

G K

A G

R

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

H.C.