

CUESTIONARIO PREANESTESICO

Nombre: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Para facilitar la evaluación de su estado actual de salud, le pedimos que complete el siguiente cuestionario. Se trata de unas preguntas sencillas con respuestas tipo SI /NO que deberá marcar con un circulo sobre la que crea más adecuada.

En el caso que no sepa responder, no se preocupe ya que lo podrá completar con su Anestesiólogo.

Los profesionales a su cargo garantizan que estos datos no se utilizaran ni serán transmitidos a terceros.

1. Escriba los medicamentos que toma actualmente

MEDICAMENTO	PAUTA

2. ¿Padece alguna enfermedad en el momento actual? NO SI

Si es así ¿Cuál?

3. ¿Tiene palpitaciones? NO SI

4. ¿Ha padecido del corazón (infarto, angina, soplo)? NO SI

5. ¿Es usted portador de marcapasos? NO SI

6. Al caminar ¿se ahoga o siente dolor en el pecho? NO SI

7. ¿Ha estado resfriado recientemente? NO SI

8. ¿Es usted fumador? NO SI

Si es así ¿Cuántos cigarrillos al día?

9. ¿Tose habitualmente? NO SI

10. ¿Tiene bronquitis, asma o pitos en el pecho? NO SI

11. ¿Ronca mientras duerme? NO SI

12. ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón? NO SI

13. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado? NO SI

14. ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas o drogas?	NO	SI
15. ¿Padece ulcera, acidez o problemas gástricos?	NO	SI
16. ¿Ha tenido problemas de tiroides?	NO	SI
17. ¿Padece diabetes?	NO	SI
18. ¿Ha tenido algún problema neurológico?	NO	SI
19. ¿Embolias, convulsiones, pérdida del conocimiento?	NO	SI
20. ¿Tiene algún problema reumatológico: artritis u otros?	NO	SI
21. ¿Sangra fácilmente por encías, nariz o heridas?	NO	SI
22. ¿Toma medicamentos que alteren la circulación sanguínea?	NO	SI
23. ¿Ha visitado alguna vez el Psiquiatra?	NO	SI
24. ¿Está o puede estar embarazada?	NO	SI
25. ¿Le han encontrado alguna enfermedad infecciosa: Hepatitis, SIDA?	NO	SI