

**PARA COMPLETAR POR  
EL PACIENTE Y TRAER  
EL DÍA DE LA CIRUGÍA**

**HISTORIAL DE SALUD PRE-ANESTESIA**  
Complete este formulario al frente y dorso

**MARQUE**

**SÍ**   **NO**

- ¿Es **ALÉRGICO** a algo? Nombre los medicamentos y el tipo de reacciones (incluya látex, productos de caucho, sulfitos y conservantes de alimentos). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MARQUE**

**SÍ**   **NO**

**ABAJO ENCIERRE EN CÍRCULO LAS OPCIONES QUE SE APLICAN A USTED:**

- Latido cardíaco irregular / Enfermedad cardíaca / Enfermedad de la válvula cardíaca / Prolapso de la válvula mitral
- Ataque al corazón / Angina / Dolor en el pecho / Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) / Marcapasos / Desmayo
- Presión arterial alta
- Trombosis venosa profunda (TVP) activa / Historial de TVP - cuándo: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene resfrío / tos / asma (sibilancias)?
- Enfermedad pulmonar / dificultad para respirar / apnea del sueño
- Tabaco, ¿qué cantidad, por cuánto tiempo? ¿Dejó? \_\_\_\_\_
- Frecuentes dolores de cabeza / derrame cerebral / enfermedad neurológica
- Trastorno nervioso / convulsiones
- Diabetes / Enfermedad de tiroides
- Enfermedad renal / enfermedad hepática
- Enfermedad infecciosa: Hepatitis / VIH / TB / OTRO \_\_\_\_\_
- Acidez estomacal/gastritis/reflujo esofágico/hernia de hiato/úlceras
- ¿Bebe bebidas alcohólicas, qué cantidad? \_\_\_\_\_

**MARQUE**

**SÍ**   **NO**

- ¿Ha tenido **CIRUGÍAS** anteriores? ¿Qué anestésicos (local, de bloque, espinal, epidural, general, despierto o dormido)?

CIRUGÍA	AÑO	ANESTESIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL DE SALUD PRE-ANESTESIA**

Complete esta página

- ¿Puede subir un tramo de escaleras? ¿0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 o más? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido problemas con los anestésicos: (náuseas / vómitos / hipertermia maligna)?
- ¿Alguien en su familia ha tenido reacciones inusuales a los anestésicos?

**MARQUE**

**SÍ NO ABAJO ENCIERRE EN CÍRCULO LAS OPCIONES QUE SE APLICAN A USTED:**

- Consumo de sustancias \_\_\_\_\_
- Artritis / reumatismo, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- Dificultad para abrir la boca / mover el cuello
- Dentaduras postizas / Dientes flojos / desportillados / Prótesis dental especial
- Sangrado / transfusión de sangre / hematomas / células falciformes / problemas de coagulación
- Lentes de contacto/glaucoma
- Si no está aquí con relación a un embarazo, ¿es posible que esté **EMBARAZADA**?

**NOTA: SI HA ESTADO TOMANDO CUALQUIER DROGA ILÍCITA (DROGA RECREATIVA), COMÉNTSELO AL ANESTESIÓLOGO. ESTO ES IMPORTANTE PARA SU SEGURIDAD.**

- Ningún medicamento

***TRAIGA LA LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS, DOSIS Y FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE LOS TOMÓ***

¿HAY ALGO MÁS QUE DEBERÍAMOS SABER? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  a. m.  p. m.

Firma: \_\_\_\_\_

**Paciente/Representante legal**