

Dr. _____ Fecha _____ / _____ /20____

CUESTIORNARIO DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Estimado paciente este cuestionario es un documento medico, rellénelo con respuestas exactas. Su finalidad es evaluar su estado general. Tráigalo al día de la cirugía con los demás estudios y valoraciones solicitados para la cirugía.

Nombre y Apellido: _____			
Operación Programada: _____			
Edad: _____	Peso Actual: _____	Peso Anterior: _____	Altura: _____

¿Tuvo o tiene alergias, asma o alguna enfermedad pulmonar? SI NO
¿Cuál?
1) _____ 2) _____ 3) _____
4) _____ 5) _____ 6) _____
¿Qué medicación recibió o recibe? _____

¿Fecha del último episodio o ataque? Mes / Semana / Días: _____
¿Ha sido operado de algo? SI NO
¿De qué y cuando? _____

¿Recibió usted anestesia?	General	Local	Regional (raquídea), (peridural), (plexual)
¿Tuvo usted algún problema con ella?	SI	NO	NO SE

¿Algún familiar (hermano, padre, madre, primo hermano) lo tuvo?	SI	NO	NO SE
---	----	----	-------

¿Qué problema? _____

¿Tuvo o tiene problemas para respirar o falta de aire?	SI	NO
¿Al correr o subir escaleras?	SI	NO
¿Acostado?	SI	NO
¿Sentado o acostado?	SI	NO
¿Fuma?	SI	NO
¿Cuántos cigarrillos por día?	_____	
¿Desde cuándo?	_____	
¿Tiene tos habitualmente?	SI	NO
¿Elimina o expulsa algo cuando tose?	SI	NO

¿Tuvo dolor de pecho, angina o infartos?	SI	NO
¿Se realizó o recibe tratamiento por este motivo? _____ _____		

¿Tuvo o tiene palpitaciones, arritmias o alguna enfermedad del corazón?	SI	NO	NO SE
¿Cuál? _____ _____			

¿Tuvo o tiene presión alta?	SI	NO	NO SE
¿Tiene diabetes?	SI	NO	NO SE
¿Qué tratamiento realiza?	Dieta	Insulina	Pastillas
¿Ha tenido o tiene enfermedades de los riñones?	SI	NO	NO SE
¿Cuál? _____			
¿Tuvo o tiene hepatitis?	SI	NO	NO SE
	SI	NO	NO SE
¿Qué tipo de hepatitis tuvo o tiene?	A	B	C NO SE
¿Padece de enfermedad infectocontagiosa u otra enfermedad?	SI	NO	NO SE
¿Cuál? _____			
¿Tuvo o tiene hernia de hiato, acidez o úlcera?	SI	NO	NO SE
¿Consume bebidas alcohólicas o drogas?	SI		NO
¿Qué y cuanto? _____			
¿Tuvo o tiene convulsiones, desmayos, o algún ataque o enfermedad cerebrovascular?	SI	NO	NO SE
¿Tiene habitualmente dolor de cabeza?	SI	NO	NO SE
¿Sufre de dolor de espalda o tiene algún problema de columna?	SI	NO	NO SE
¿Tuvo o tiene algún problema de tiroides?	SI	NO	NO SE
¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas?	SI	NO	NO SE
¿Padece o padeció anemia?	SI	NO	NO SE
¿Consume habitualmente aspirina o antiinflamatorios?	SI	NO	NO SE
¿Sufre de presión ocular alta?	SI	NO	NO SE
¿Tuvo o tiene alguna asistencia	SI	NO	NO SE

psiquiátrica?			
¿Es alérgico a algún medicamento?	SI	NO	
¿Cuál?			
¿Tiene dentadura postiza o algún diente roto o flojo?	SI	NO	NO SE
¿Tiene prótesis, marcapasos o lentes de contacto?	SI	NO	NO SE
Tiene alguna enfermedad metabólica, colagenopatías, neurológica, degenerativa, inflamatoria, oncológica, etc... que quiera nombrar?			
¿Qué medicación recibe actualmente?(Incluya homeopáticas, hierbas y yuyos)			
TESTIGOS DE JEHOVÁ: Deje expresamente en forma escrita y ante la autoridad judicial su voluntad de no recibir sangre o sus derivados.			

SOLO PARA MUJERES

¿Fecha de última menstruación? __/__/__	Anticonceptivos	Pastillas	DIU	Parches
---	-----------------	-----------	-----	---------

N° de embarazos _____	N° de abortos _____	N° de hijos vivos _____	N° nacidos muertos _____
-----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------

Confirmo que he leído y comprendido perfectamente el presente cuestionario y que he respondido verazmente las preguntas.