

SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

CUESTIONARIO ANESTÉSICO



Por favor, indique: EDAD: ____ años
PESO: ____ Kg

FECHA: __ / __ / ____

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Toma alguna medicación para controlar su tensión arterial?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene habitualmente palpitaciones, padece alguna arritmia cardiaca o ha perdido el conocimiento en los últimos 3 meses?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene alguna enfermedad del corazón como infarto, angina o soplo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Lleva marcapasos o un desfibrilador?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Por favor, indique si | | |
| - Duerme con una sola almohada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Es capaz de subir a un primer piso andando sin pararse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Puede realizar las tareas domésticas habituales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Puede caminar a paso ligero..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene bronquitis, asma, o siente «pitos» en el pecho al respirar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ronca por la noche y se queda dormido durante el día?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si le ocurre esto, ¿Usa una máquina de CPAP para dormir?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. ¿Ha tenido alguna enfermedad del riñón?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma con frecuencia, o a diario bebidas alcohólicas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padece acidez de estómago o hernia de hiato?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Tiene el azúcar en sangre elevado, o es diabético?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido problemas de tiroides?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Ha tenido algún problema cerebral?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si lo ha tenido, ¿le ha quedado alguna limitación?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido convulsiones o padece epilepsia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Padece alguna enfermedad contagiosa? (Hepatitis, SIDA, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha consumido en los últimos 6 meses algún tipo de droga?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Sangra con facilidad por la nariz, las encías al cepillarse los dientes, o al hacerse alguna herida?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna trombosis en una pierna o el pulmón?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SIGUE.....

SI **NO**

- 9.** ¿Le producen lesiones en la piel los guantes de cocina, o se le hinchan los labios al inflar un globo?.....
¿Es alérgico a algún medicamento?.....
Por favor, indique sus alergias _____

- 10.** ¿Le han anestesiado alguna vez?.....
En caso afirmativo, ¿tuvo algún problema relacionado con la anestesia? (Ej.: lesión de algún diente, dificultad para la intubación,...).....
¿Lleva usted alguna prótesis dental que se pueda quitar?.....
¿Usa lentes de contacto (lentillas), o audífono?.....
En caso de ser mujer en edad fértil, ¿puede estar embarazada?.....

11. Si toma alguno de los siguientes medicamentos, márquelos con una X

- Sintrom Pradaxa Xarelto Eliquis

Haga lo mismo con las siguientes medicaciones:

- Aspirina, Adiro o Tromalyt Plavix, Iscover o Clopidogrel
 Disgren o Triflusal Ticlopidina, Tiklid, Ticlodona

12. Indique a continuación los medicamentos que toma (Traer prospectos)

Por último, si padece algún otro problema de salud que considere importante, por favor indíquelo a continuación

Firma:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN