



FORMULARIO DE EVALUACION PREENESTESICA (Pre-Anesthesia Form - Spanish) Page 1 of 2

Por favor llame al 410-884-4693 si tiene preguntas sobre este formulario



Procedimiento: _____ Izquierda Derecha

Nombre que prefiere o apodo: _____

Edad _____ Estatura _____ Peso _____ IMC (Indice de masa corporal) _____ Fecha de cirugía _____

Lista de cirugías previas: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Medicamentos de prescripción: _____ _____ _____ _____ _____	De venta sin receta médica: _____ _____ _____ _____ _____ Premed: _____ Time: _____	Alergias y/o reacciones adversas a alimentos y medicametos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Alérgico/a al latex
--	--	---	--

Marque	Tiene o alguna vez ha tenido en su historial médico:	Marque	Tiene o alguna vez ha tenido en su historial médico:
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular Dolor en el pecho/Opresión/Presión/Ataque cardiaco <input type="checkbox"/> Palpitaciones irregulares <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador Marca: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de circulación <input type="checkbox"/> Cuáguo de sangre en las prianas o los pulmones <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Otra condición: _____	<input type="checkbox"/>	Desorden sanguíneo Se desangra de manera anormal o toma diluyentes de sangre <input type="checkbox"/> Enfermedad o características de anemia drepanocítica (falciforme) <input type="checkbox"/> Tansfusiones de sangre en el pasado <input type="checkbox"/> Objeciones religiosas o de otro tipo a la transfusión de sangre <input type="checkbox"/> VIH positivo o SIDA
<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria _____ # de paquetes que fuma al día; Yo no fumo _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema/bronquitis <input type="checkbox"/> Le falta el aire cuando está sedentario <input type="checkbox"/> Infección de las vías respiratorias (catarro en las últimas 2 semanas <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Utiliza CPAP	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la vista/Glaucoma/Desprendimiento de retina
<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos Ictus o ataque isquémico cerebral (AIC) <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas con la cabeza o la nuca <input type="checkbox"/> Limitaciones o restricciones físicas <input type="checkbox"/> Es olvidadizo/a, tiene pérdida de memoria, confusión <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple of distrofia muscular <input type="checkbox"/> Lesión en los nervios espinales o médula espinal <input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/>	Trastornos del oído/Acúfeno (Zumbido en los oídos o tinnitus)/Péridada de la audición
<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Usa insulina <input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/>	Cáncer/quimioterapia/terapia de radiación Explique _____
<input type="checkbox"/>	Problemas con la tiroides	<input type="checkbox"/>	Trastornos siquiátricos Explique _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los riñones/vejiga/próstata Si tiene problemas, explique _____ <input type="checkbox"/> Inhabilidad de orinar después de anestesia <input type="checkbox"/> Horario de diálisis _____	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades o padecimientos Explique _____
<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> Enfermedad en el hígado (ictericia, hepatitis) <input type="checkbox"/> Hernia hiatal/ reflujo/ acidez <input type="checkbox"/> Otra condición: _____	<input type="checkbox"/>	Para mjueres <input type="checkbox"/> ¿Cree que pueda estar embarazada? Primer día de su menstruación más reciente _____ <input type="checkbox"/> En posmenopausia/histerectomía
Si el formulario es completado por el paciente: Fecha _____ Hora _____ Firma del paciente _____		<input type="checkbox"/>	Información pertinente a la anestesia <input type="checkbox"/> Ha recibido anestesia en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Tiene precedente de intubación dificultosa? <input type="checkbox"/> Tiene objeción al uso de anestesia espinal o epidural? <input type="checkbox"/> Tiene alguna reacción adversa a la anestesia? <input type="checkbox"/> Tiene algún pariente (familiar) con hipertermia maligna? <input type="checkbox"/> Sufre de náusea o vomitos después de recibir anestesia? <input type="checkbox"/> Sabe que es un riesgo comer o beber el día en que recibirá anestesia?
		<input type="checkbox"/>	Los medicamentos pueden causar una interacción adversa con anestesia, por favor indique lo siguiente: <input type="checkbox"/> Uso frecuente de bebidas alcohólicas y en las últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Uso de esteroides y cortisona en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Uso frecuente de drogas ilícitas, y en los últimos 30 días <input type="checkbox"/> Dientes flojos, dientes sellados o con coronas, dentadura postiza



**FORMULARIO DE EVALUACION PREANESTESICA
(PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT FORM)**



Esta información será completada por el personal médico (To be completed by staff only)

NPO _____
T _____ BP _____
P _____ R _____ O₂ Sat _____

FBS _____ @ _____

WBC	Hct	Plts
Na	Cl	Glucose
K	CO ₂	BUN
		Cr
INR	PT	PTT

UPT/SPT: Neg Pos Date _____

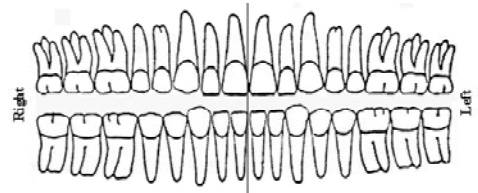
LFT's: _____ Ca: _____

CXR _____
_____ Date _____

EKG _____
_____ Date _____

Echo _____
_____ Date _____

Stress Test _____
_____ Date _____



PHYSICIAN ONLY

The risks, benefits, and alternatives of GA, Reg. and Loc/Sed have been discussed.

The plan is: GA Regional IV Sedation TIVA MAC

and/or _____

Date _____ Time _____ Signature _____

Physician/CRNA

H&P reviewed, patient assessed; fit for planned anesthesia.

Intubation Assessment
I _____ II _____ III _____ IV _____

Dentures Caps/Crowns
 Overbite Loose teeth

ROM: Full Limited None

Lungs: clear to auscultation OR _____

Heart: regular rhythm with no murmurs OR _____

ASA 1 2 3 4 5 6 E