

NAME: _____

UNIT NO.: _____

DATE OF BIRTH/SEX _____

LOCATION CODE: _____

**CUESTIONARIO MEDICO ADULTO
UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA**

Le rogamos que dedique unos minutos a llenar este cuestionario de salud. Toda información exacta que nos proporcione nos ayudará a evaluar su estado de salud y a prestarle una atención médica adecuada.

Nombre completo _____

Dirección _____

Teléfono particular (código de zona) _____ (No.) _____

Teléfono del trabajo (código de zona) _____ (No.) _____

Motivo de la operación _____

Fecha de la operación _____ Número de Unidad _____

Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Sexo M F

Estado civil S C D V Ocupación _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave? SI NO Enumérelas

¿Ha estado hospitalizado? SI NO Indique el hospital, la fecha y el motivo de la hospitalización

¿Ha tenido alguna vez problemas con la anestesia o con otras operaciones? SI NO Descríbalos

¿Algún familiar suyo ha tenido problemas con la anestesia? SI NO Descríbalos

¿Toma usted algún medicamento regularmente? SI NO Indíquelos

¿Ha tomado algún otro medicamento en los últimos dos años? SI NO Indíquelos

¿Tiene usted alguna alergia general o alguna alergia a los medicamentos? SI NO
Enumere las alergias y describa las reacciones

¿Ha tenido algún trastorno CARDIACO O CIRCULATORIO?

Soplo al corazón	SI	NO
Palpitaciones irregulares	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Prolapso de la válvula mitral	SI	NO
Insuficiencia cardíaca	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Dolor o presión en el pecho (angina)	SI	NO
Hipertensión	SI	NO
Dificultad para subir escleras	SI	NO
Dolor en el pecho o dificultad para respirar al realizar ejercicios	SI	NO
Se despierta por la noche con dificultad para respirar	SI	NO
Indique si duerme con más de una almohada	SI	NO
Hinchazón de los tobillos	SI	NO
Ataque al corazón	SI	NO
Electrocardiograma anormal	SI	NO

Explicación _____

¿Ha sufrido algún trastorno en los PULMONES o ha tenido DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

Asma	SI	NO
Pulmonía	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Enfisema	SI	NO
Tos	SI	NO
¿Expulsa usted algo al toser?	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
¿Alguna vez indicaron sus radiografías alguna anomalía?	SI	NO

Explicación _____

¿Ha sufrido alguna enfermedad a los RINONES o la VEJIGA?

Infecciones	SI	NO
Cálculos	SI	NO
Dificultad para orinar	SI	NO
Insuficiencia renal	SI	NO

Explicación _____

¿Ha sufrido alguna afección a la SANGRE?

Anemia	SI	NO
Hemorragias prolongadas o magulladuras frecuentes	SI	NO
Anemia falciforme	SI	NO
¿Alguna vez indicaron sus análisis de sangre alguna anomalía?	SI	NO
Tranfusiones de sangre	SI	NO

Explicación _____

¿Ha sufrido alguna afección a los NERVIOS, a los MUSCULOS o los HUESOS?

Ataques convulsivos	SI	NO
Apoplejía	SI	NO
Desmayos o vértigos	SI	NO
Lesiones en la cabeza, en el cuello o en la cara	SI	NO
Lesiones en la espalda	SI	NO
Debilidad muscular	SI	NO
Adormecimiento de los brazos o las piernas	SI	NO
Estados de extrema nerviosidad o ansiedad	SI	NO
Trastornos psiquiátricos	SI	NO

Explicación _____

¿Fuma usted? SI NO ¿Que cantidad de tabaco consume? _____

¿Bebe usted alcohol? SI NO ¿Qué cantidad? _____ Con cuánta frecuencia? _____

¿Consume marihuana o drogas similares? SI NO

¿Tipo de drogo? _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con cuánta frecuencia? _____

¿Ha tenido usted alguna de las enfermedades o los problemas siguientes?

Diabetes	SI	NO
Enfermedad de la glándula tiroides	SI	NO
Hepatitis o ictericia	SI	NO
Vómitos o diarreas frecuentes	SI	NO
Pérdida o aumento de peso	SI	NO
Hernia de hiato	SI	NO
Fiebres frecuentes	SI	NO
Problemas de la vista	SI	NO
Glaucoma	SI	NO
Gafas o lentes de contacto	SI	NO
Problemas del oído	SI	NO
Impedimentos físicos	SI	NO
Dientes flojos, postizos, faltantes o desportillados	SI	NO
Dentaduras postizas, puentes (fijos or removibles) o tratamiento ortodóntico	SI	NO

Explicación _____

¿Está usted embarazada? SI NO Fecha del último período menstrual _____

USTED DEBE TENER UN ACOMPAÑANTE

Persona que lo acompañará del hospital hasta su casa

Nombre (completo) _____

Dirección _____

Teléfono (código de zona) _____ (No.) _____

Parentesco _____

Sala de Emergencia del hospital mas cercano de su casa

Firma del paciente _____

Fecha _____

HISTORY

Diagnosis _____
Surgical procedure _____
History of present illness _____

PHYSICAL EXAMINATION

Ht _____ Wt _____ BP _____ P _____ R _____
HEENT _____
Heart _____
Lungs _____
Abdomen _____
Extremities _____
Neurologic _____

LABORATORY TESTS

Required for patients having local anesthesia with sedation, regional, or general anesthesia. To be obtained within 30 days of surgery.

TEST	RESULTS	DATE
() Hemoglobin or hematocrit (all patients)	_____	_____
() Urinalysis (all patients)	_____	_____
() EKG (over age 40 or cardiovascular disease)	_____	_____
() Chest x-ray (over age 50 or pulmonary or cardiovascular disease unless obtained within previous 6 months)	_____	_____
() Chem 7 (diabetes, cardiovascular or renal disease or taking antihypertensive medications or diuretics)	_____	_____
() Sickle cell test (required by law in black patients unless previous results available)	_____	_____
() Other (as indicated by medical status of patient)	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

If test are obtained from an outside laboratory, the surgeon is responsible for reporting the results to the Unit at least 48 hours prior surgery.

Physician's signature _____ Date _____