



O'Connor Hospital

2105 Forest Avenue • San Jose, CA 95128-1471
(408) 947-2500

ANESTHESIA QUESTIONNAIRE

please complete in English if possible (complete y firme al final)

Nombre del paciente

Estatura

Peso

Cirujano

Médico habitual

N.º de teléfono

Si va a recibir algún sedante (incluida la anestesia general),
ALGUNA OTRA PERSONA DEBERÁ LLEVARLO A SU CASA.

Nombre de la persona que lo llevará a su casa

N.º de teléfono

Enumere todos los medicamentos (píldoras, gotas, parches, inyecciones e inhaladores) que toma actualmente.

INCLUYA los productos de venta sin receta como vitaminas, productos basados en hierbas y cualquier droga ilegal.

Incluya las dosis y la frecuencia con que los toma.

¿Qué afecciones médicas padece? (p. ej., presión alta, diabetes). Enumérelas todas, ya sea que siga un tratamiento o no.

ALERGIAS:

Es alérgico a:

HUEVOS	S	N
MARISCOS	S	N
SOYA	S	N
SULFITOS	S	N
LÁTEX	S	N

Enumere cualquier otra alergia a medicamentos o agentes ambientales que padezca:

Enumere todas las operaciones quirúrgicas que haya tenido en el pasado y las fechas correspondientes:

¿Tuvo problemas con la anestesia? En caso afirmativo, especifique:

1. ¿Algún familiar directo suyo ha tenido alguna vez problemas con la anestesia? Incluida una fiebre muy alta.	S	N	20. ¿Ha tenido problemas de tiroides?	S	N
2. ¿Usted ronca cuando duerme?	S	N	21. En el último año, ¿ha tomado un medicamento llamado cortisona o prednisona? (por cualquier razón)	S	N
3. ¿Padece apnea del sueño?	S	N	¿Por qué?		
En caso afirmativo, ¿utiliza presión nasal continua positiva de las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés)?	S	N	22. ¿Ha tenido un derrame cerebral? [Accidente Vascular Cerebral (CVA, por sus siglas en inglés) o Accidente Isquémico Transitorio (TIA, por sus siglas en inglés)]	S	N
¿Qué niveles de CPAP utiliza?			¿Cuándo?		
4. ¿Tiene			¿Tiene algún síntoma residual?	S	N
dientes astillados o flojos?	S	N	Describe.		
dentadura postiza?	S	N	23. ¿Ha tenido epilepsia o algún tipo de convulsión, o ha perdido el conocimiento?	S	N
puentes?	S	N	24. ¿Tiene alguna incapacidad física? (usa bastón o andador, tiene problemas para mover un brazo o una pierna de alguna manera)		
frenos?	S	N	Describe.	S	N
5. ¿Fuma?	S	N	25. ¿Tiene problemas del cuello?	S	N
¿Ha fumado alguna vez?	S	N	¿De la espalda?	S	N
¿Cuántas cajetillas al día?			26. ¿Ha tenido problemas renales?	S	N
¿Cuántos años?			¿Sigue un tratamiento de diálisis (CAPD, máquina cicladora, hemodiálisis)?	S	N
¿Cuándo fumó por última vez?			¿Con qué frecuencia?		
6. ¿Tiene problemas al respirar?	S	N	¿Cuándo fue su última diálisis?		
¿Tiene asma?	S	N	27. ¿Ha tenido ictericia (piel amarilla)?	S	N
¿Tiene una enfermedad obstructiva pulmonar crónica (COPD, por sus siglas en inglés) o enfisema?	S	N	¿Ha tenido algún tipo de hepatitis (A, B, C, otra)?	S	N
¿Respiración sibilante?	S	N	¿Tiene cirrosis?	S	N
¿Alergias estacionales?	S	N	28. ¿Padece enfermedad de úlcera péptica?	S	N
7. ¿Usa inhaladores?	S	N	¿Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)?	S	N
8. ¿Tiene tos?	S	N	¿Tiene una hernia hiatal? (parte del estómago en el tórax)	S	N
9. ¿Alguna vez se le hizo una radiografía del tórax que presentara alguna anomalía? (p. ej., tuberculosis, cáncer, COPD)	S	N	¿Toma algún medicamento para alguna de estas enfermedades?	S	N
10. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una radiografía del tórax y en qué lugar?			¿Con qué frecuencia tiene los síntomas?		
11. Cuando sube 2 pisos por una escalera, ¿siente que le falta el aire?	S	N	29. ¿Podría estar embarazada?	S	N
12. ¿Ha padecido fiebre reumática o le han dicho que tiene un soplo en el corazón?	S	N	Fecha de su última menstruación:		
13. ¿Toma antibióticos antes de visitar al dentista?	S	N	¿Podemos realizar una prueba de embarazo?	S	N
14. ¿Ha tenido un ataque cardíaco?	S	N	30. ¿Tiene alguna tendencia a las hemorragias?	S	N
15. ¿Ha tenido angina de pecho o dolor torácico (relacionado con el corazón)?	S	N	Si se corta, ¿durante cuánto tiempo sangra?		
¿Cuándo fue la última vez que sintió dolor torácico?			31. ¿Tiene problemas en los ojos?	S	N
¿Qué alivia el dolor torácico?			¿Glaucoma?	S	N
¿Qué lo empeora?			¿Cataratas?	S	N
16. ¿Ha tenido presión alta?	S	N	¿Desprendimiento de retina?	S	N
17. ¿Tiene antecedentes de pulso irregular?	S	N	32. ¿Alguna vez estuvo bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico?	S	N
18. ¿Tiene diabetes?	S	N	¿Tiene claustrofobia?	S	N
¿Con qué frecuencia controla su nivel de azúcar?			¿Tiene ataques de pánico?	S	N
¿Cuál es su promedio de azúcar?			33. ¿Ha recibido algún trasplante de órganos?	S	N
¿Usa insulina?	S	N	¿Cuáles?		
¿Tiene una bomba de insulina?	S	N			
19. ¿Ha bajado más de 10 libras en los últimos 6 meses?	S	N			
¿Está tratando de bajar de peso?	S	N			

A mi leal saber y entender, esta información es exacta y verdadera.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____