

ENCUESTA PREANESTESICA



Apellidos:..... Nombre:.....
Edad:..... Estatura:..... Peso:..... Profesión:.....

Por favor, rellene este cuestionario, es importante para usted.

1. ¿Padece alguna enfermedad en la actualidad? Si No No sé
2. En caso afirmativo, ¿qué enfermedad?
3. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad? Si No No sé
4. Si ha respondido sí ¿cuáles?
5. Indique los medicamentos que toma actualmente
6. ¿Es usted alérgico a algún producto? Si No
7. En caso de respuesta afirmativa, indique cual:
8. ¿Ya le han operado alguna vez? Si No
9. Si ya le han operado, indique de que y en que año:
10. ¿Ha soportado bien la anestesia? Si No No sé
11. En caso negativo, ¿por qué razón?
12. ¿Le han transfundido alguna vez sangre? Si No No sé
13. ¿Cuándo?
14. ¿Ha soportado bien la sangre ajena?

POR FAVOR, RESPONDA SI HA SUFRIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE CITAN

15. Enfermedades de corazón (infarto, debilidad cardiaca, soplo al corazón, u otras): Si No No sé
16. La tensión alta habitualmente o en ocasiones: Si No No sé
17. Enfermedades del pulmón: neumonías, tuberculosis, dolencias causadas por exceso de polvo, encharcamiento de los pulmones:
Si No No sé
18. Asma, bronquitis crónica: Si No No sé
19. Si es fumador, indique el número de cigarrillos diarios: Menos de 5 De 6 a 10 De 11 a 20 De 21 a 40 Más de 40
20. Enfermedades hígado: hepatitis, cirrosis Si No No sé
21. Enfermedades del riñón: Si No No sé
22. ¿Es usted diabético? Si No No sé
23. Si es diabético ¿qué toma para la diabetes? Nada Hace dieta Toma pastillas Insulina
24. Si toma bebidas alcohólicas, indique de qué tipo y en qué cuantía:
25. Si quiere hacer algún comentario, o cree que alguna de sus enfermedades no está incluidas en le cuestionario, hágalo a continuación:

Firma del paciente , a de de 20