

CLÍNICA DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Nombre del Cirujano: _____
 Procedimiento / Cirugía: _____
 Enfermera Evaluante / LPN: _____ / _____

Paciente: Favor de Completar (Nombre, Fecha de Nacimiento)	
Nombre: _____	Fecha de Nac.: _____
Office Use (Sólo para uso de oficina): (Place Sticker Here)	

PARA EL PACIENTE COMPLETAR ANTES DE LA CITA

Medicamentos Actuales: (Traiga una lista de sus medicamentos, vitaminas, suplementos, gotas que esté usando actualmente; incluyendo suplementos herbales):

ALERGIAS: (medicamentos, látex, nueces, huevos, mariscos / tipo de reacción): Alergia al látex

Cirugías Previas / Hospitalizaciones / Lesiones Serias (traiga una lista separada si espacio no es adecuado, incluya fechas)

CUESTIONARIO: (Favor de contestar si ha tenido alguno de los siguientes:)

- ¿Dificultad previa con anestesia o cirugía? No / Sí ¿Ha tenido náuseas / vómito después de cirugía? No / Sí
- ¿Tiene antecedente de Hipertermia Maligna? No / Sí ¿Intubación Difícil? No / Sí
- ¿Podría estar embarazada? No / Sí Fecha del último periodo menstrual: ____/____/____
- ¿Factores de riesgo para VIH/Hepatitis? (usar drogas I.V., sexo) No / Sí Transfusión de sangre reciente No / Sí
- ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? No / Sí ¿Actualmente fuma cigarrillos? No / Sí
- ¿Si acaso sí, cuantas cajetillas de cigarrillos fuma al día? _____ ¿Por cuántos años? ____ años
- ¿Alguna vez ha tratado de dejar de fumar? No / Sí Fecha ____/____/____ ¿Por cuántos años fumó? _____
- ¿Ha fumado cigarrillos durante el último año? No / Sí
- ¿Actualmente usa tabaco de mascar? No / Sí ¿Fuma Cigarros? No / Sí
- ¿Bebe alcohol? No / Sí Si acaso sí, encasille la clase: Vino, cerveza, licor Promedio de tragos por semana ____
- ¿Usa drogas? No / Sí Si acaso sí, encasille la clase (Marihuana, cocaína, otra) Fecha de último uso _____

Favor de marcar la casilla que mejor describa su nivel normal de actividad:

- ¿Hace ejercicio regularmente? No / Sí ¿Cuántas veces por semana? ____
- Puedo correr, nadar, jugar tenis, jugar baloncesto, esquiar (**≥10 METS**);
- Puedo hacer jardinería (ej.: rastrillar hojas, podar el césped con podadora de empujar), subir escaleras o una colina (**5-8METS**);
- Puedo hacer trabajo casero liviano (ej: desempolvar, barrer, aspirar), ir de compras, caminar (**≤4 METS**);
- Puedo hacer actividad limitada (ej: vestirme, bañarme, preparar comidas, alimentarme) o (**≤ 1 MET**).
- Necesito ayuda para bañarme, ir al baño, vestirme, alimentarme, y/o estoy de cama. (Favor de encasillar)

Favor de marcar todo lo que aplique a su historia médica (i.e. "Yo tengo o he tenido lo siguiente"):

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Presión sanguínea alta | <input type="radio"/> Falta de aliento | <input type="radio"/> Insuficiencia renal | <input type="radio"/> Uso de anticoagulantes |
| <input type="radio"/> Ataque cardíaco | <input type="radio"/> Estando acostado | <input type="radio"/> Usa diálisis (HD o PD) | <input type="radio"/> Enfermedad de sangrado |
| <input type="radio"/> Dolor de pecho | <input type="radio"/> Tos / resfriado reciente | <input type="radio"/> Ataque cerebral / TIA | <input type="radio"/> Hemofilia |
| <input type="radio"/> Latidos irregulares | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Convulsión | <input type="radio"/> Enfermedad / rasgo de anemia drepanocítica |
| <input type="radio"/> Enfermedad de válvula | <input type="radio"/> Enfisema / COPD | <input type="radio"/> Síncopes / Desmayos | <input type="radio"/> Cáncer |
| <input type="radio"/> Soplo en el corazón | <input type="radio"/> Uso de oxígeno en casa | <input type="radio"/> Otra enfermedad neurológica | <input type="radio"/> Cáncer envolviendo ganglio linfático |
| <input type="radio"/> Prueba de esfuerzo | <input type="radio"/> Pulmonía | <input type="radio"/> Parálisis | <input type="radio"/> Metástasis a otros órganos |
| <input type="radio"/> Positiva (fecha) _____ | <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="radio"/> Demencia | <input type="radio"/> Quimioterapia (Fecha tratamiento: ____/____/____) |
| <input type="radio"/> Cateter. / Angioplastia de corazón | <input type="radio"/> Ópnea obstructiva al dormir | <input type="radio"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="radio"/> Radioterapia (Fecha tratamiento: ____/____/____) |
| <input type="radio"/> Stent de corazón (traiga tarjeta) | <input type="radio"/> Ronca fuerte | <input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="radio"/> MRSA / VRE |
| <input type="radio"/> Cirugía de corazón | <input type="radio"/> Bronquitis | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Esclerosis Múltiple |
| (Fecha) _____ | <input type="radio"/> Traqueostomía | <input type="radio"/> Uso de insulina | <input type="radio"/> Enfermedad Muscular |
| <input type="radio"/> Marcapasos/Desfibrilador | <input type="radio"/> Hepatitis / ictericia | <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides | <input type="radio"/> Problemas de Espalda |
| <input type="radio"/> Enfermedad de vaso sanguíneo | <input type="radio"/> Otra enfermedad del hígado | <input type="radio"/> Artritis Reumatoidea | <input type="radio"/> Anemia |
| <input type="radio"/> Hinchazón de pierna o extremidad | <input type="radio"/> Usa esteroides / prednisone | <input type="radio"/> Lupus (SLE) | <input type="radio"/> Reflujo /GERD /indigestión frecuente |
| <input type="radio"/> Enfermedad congénita cardíaca | <input type="radio"/> Enfermedad de riñón | <input type="radio"/> Síndrome de Down | <input type="radio"/> Otra _____ |



A SER COMPLETADO POR EL PACIENTE:

Página 2 de 3

Favor de marcar los síntomas que ha tenido en los últimos 30 días (Favor de marcar todo el que aplique):

General:

	NO	SÍ
Buena salud en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambio reciente en peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdió peso en últimos 6 meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuánto peso perdió? _____ (lbs)		
¿Estaba tratando de perder peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Pérdida de apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa alcohol? (Cerveza, Vino, Licor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Consume más de 2 tragos al día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuántos tragos por día en la pasada semana? _____		

Ojos:

Dificultad con visión/Usa lentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para leer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oídos / Nariz / Garganta:

Dificultad para escuchar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de senos nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inquietudes con nariz o garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Respiratorio:

Tos frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toser con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de aliento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Al subir un tramo de escaleras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso reciente de inhalador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sibilancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gastrointestinal:

Dolor abdominal o acidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambio en patrón de defecación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangre en excremento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excremento parece pasta negra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas o vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrea frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para deglutir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Genitourinario:

Orinar frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor o ardor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangre en la orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia o gotereo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad comenzando a orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chorro urinario débil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ginecológico:

Ciclo menstrual normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calores femeninos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor o supuración de senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

General:

	NO	SI
Fiebre/escalofríos/sudores nocturnos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exposición a MRSA / VRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necesita ayuda para moverse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Encasille uno:</u> bastón, silla de ruedas, andador, prótesis		

Musculoesquelético:

Dolor de coyunturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rigidez o hinchazón en coyuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piel:

Sarpullido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesiones o manchas sospechosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida del pelo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neurológico:

Frecuentes dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debilidad muscular localizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adormecimiento/Hormigueo (Manos/Piernas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mareo o desvanecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mala memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Psiquiátrico:

Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tristeza, angustia frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de interés en actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad / nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Endocrino:

Sed u orinar excesivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intolerancia al calor o al frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión sanguínea alta ocasional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hematológico / Linfático:

Sangra o tiene morados fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glándulas agrandadas o bultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reciente transfusión de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alérgico / Inmunológico:

Alergia al polen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ronchas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias a comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmunodeficiencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Favor de contestar lo siguiente: Estado civil: _____ ¿Otro? _____

Número de hijos / nietos: _____ Ocupación: _____ ¿Retirado? _____

Indique Nivel de Educación completado: _____ (número de años)**Nombre de Médico Primario (Ciudad, Estado):** _____ **Fecha de última visita:** ____/____/____Números de teléfono / fax del doctor: ____/____ ¿Su doctor le hizo pruebas de sangre en su última visita? **SÍ / NO** **No** / **Sí** ¿Le han tomado historial quirúrgico y hecho examen físico en la oficina de su cirujano? **No** / **Sí** ¿Ha firmado ya el consentimiento / permiso para su cirugía / procedimiento?