



484

CUESTIONARIO PRE-ADMISIÓN PARA PACIENTES
PATIENT PRE-ADMISSION QUESTIONNAIRE

Nombre: _____ **Fecha Nacimiento** ___/___/___ **Fecha del procedimiento:** ___/___/___

No. teléfono: _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____

Procedimiento propuesto: _____

Cirujano: _____

Médico de cabecera: _____

♦ ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a drogas, tinturas y tipos de cintas, productos del látex, alimentos, etc.? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, ¿a qué? _____

¿Qué tipo de reacción?

ERUPCIÓN RONCHAS NÁUSEAS INFLAMACIÓN DIFICULTAD PARA RESPIRAR

♦ ¿Toma algún medicamento todos los días? (incluye aspirina, píldoras anticonceptivas, Maalox) **Si la respuesta es sí, haga una lista a continuación y tráigalos al hospital:** SÍ NO

♦ ¿Toma algún producto a base de hierbas, píldoras para dieta, productos de venta libre?..... SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuáles? _____

NOTA: Si actualmente toma remedios a base de hierbas o para dieta, le recomendamos que los suspenda 2 semanas antes de la fecha de su procedimiento.

♦ ¿Podría estar embarazada? SÍ NO

♦ ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? SÍ NO

a. ¿Cuántos por día? _____ b. ¿Durante cuánto tiempo? _____ c. ¿Fuma ahora? _____

♦ ¿Bebe alcohol? SÍ NO

a. ¿Con qué frecuencia? _____ b. ¿De qué tipo? _____ c. ¿Qué cantidad? _____

♦ ¿Se ha sometido antes a una operación?..... SÍ NO

a. Si la respuesta es **SÍ**, ¿de qué tipo y cuándo? _____

b. ¿Recuerda qué tipo de anestesia le administraron? SÍ NO

General Espinal Epidural Local

c. ¿Alguna vez usted tuvo problemas con la anestesia? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuáles? _____

d. ¿Alguna vez alguien de su familia tuvo problemas con la anestesia? SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuáles? _____

♦ **Alguna vez tuvo:** ¿ataque cardíaco? SÍ NO

¿condición cardíaca? SÍ NO

Alguna vez experimentó: ¿dolor de pecho (angina)? SÍ NO

¿presión arterial elevada? SÍ NO

¿falta de aire? SÍ NO

¿presión en el pecho? SÍ NO

¿palpitaciones o latidos cardíacos irregulares? SÍ NO

¿electrocardiograma anormal? SÍ NO



484

CUESTIONARIO PRE-ADMISIÓN PARA PACIENTES

- ◆ ¿Ronca?..... SÍ NO
 - ¿Sospecha que tiene o le han diagnosticado apnea del sueño?..... SÍ NO
 - ¿Le han realizado estudios del sueño?..... SÍ NO
 - ¿Se despierta de noche con falta de aire?..... SÍ NO
 - ¿Tiene dificultades para respirar cuando sube escaleras?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez se le llenaron los pulmones de líquido?..... SÍ NO
 - ¿Puede recostarse en la cama sin sentir falta de aire?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez le informaron que tenía un soplo cardíaco o que necesitaba antibióticos antes de someterse a tratamiento dental?..... SÍ NO
 - ◆ ¿Ha visto a un cardiólogo en el último año?..... SÍ NO
- Si la respuesta es **SÍ**, infórmele sobre su inminente cirugía y obtenga un informe sobre su condición y copias de pruebas cardíacas, incluso pruebas de esfuerzo y ecocardiogramas.
Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

-
- ◆ ¿Tiene antecedentes de asma, neumonía, bronquitis, sibilancias o tuberculosis?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez tuvo una radiografía de tórax anormal?..... SÍ NO
 - ¿Tose diariamente?..... SÍ NO
 - ¿Ha tenido tos o resfrío recientes?..... SÍ NO
 - ◆ ¿Ha visto a un especialista en pulmón en el último año?..... SÍ NO
- Si la respuesta es **SÍ**, infórmele sobre su inminente cirugía y obtenga un informe sobre su condición.
Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

-
- ◆ ¿Tiene algún problema en el hígado?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez tuvo hepatitis o ictericia?..... SÍ NO
 - ¿Tiene úlceras, gastritis, hernia de hiato, acidez o regurgitación?..... SÍ NO
 - ¿Tiene diabetes o problemas con la glucemia?..... SÍ NO
 - ¿Tiene problemas de tiroides?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez ha tenido problemas en los riñones o cálculos renales?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez ha tenido una convulsión, apoplejía, mareos, desmayos o debilidad en brazos o piernas?..... SÍ NO
 - ¿Tiene anemia (bajo recuento de glóbulos rojos), problemas hemorrágicos, sangrado nasal frecuente, coágulos sanguíneos, o se le hacen hematomas fácilmente?..... SÍ NO
 - ¿Usted o algún miembro de su familia tienen anemia falciforme?..... SÍ NO
 - ¿Tiene cáncer o ha recibido radiación o quimioterapia?..... SÍ NO
 - ¿Alguna vez recibió una transfusión de sangre?..... SÍ NO

-
- ◆ ¿Alguna otra condición médica sobre la que no le hayamos preguntado?..... SÍ NO
- Si la respuesta es **sí**, ¿cuál? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Horá _____

NOTA PARA EL CONSULTORIO MÉDICO

Asegúrese de reenviar este formulario al Centro de pruebas pre-admisión de Hartford Hospital.

Antes de esta fecha: _____

FAX: 545-4335 o Teléfono: 545-2334