

Para ser llenado por el paciente o la familia del paciente

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Sexo: M / F

Nombre del padre o guardián legal de su hijo o quien acompañará a usted o a su hijo hacia y desde el centro de cirugía y estará disponible durante la cirugía y después de la operación: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono (el día de la cirugía, por ejemplo: celular) _____

Motivo de la cirugía: _____

Marque la casilla correspondiente. Si es "sí", especifique

Sí	No		Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna cirugía previa?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema con la anestesia? Cualquier pariente consanguíneo del paciente tiene problemas con la anestesia, incluyendo hipertermia maligna?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema médico en la actualidad o en el pasado?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier medicamento (recetado y sin receta) ahora o recientemente tomado?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier uso de esteroides (como cortisona o prednisona) en el último año, incluidos los tratamientos respiratorios?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún dispositivo médico o máquina utilizada?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna alergia? (incluyendo reacciones a medicamentos o látex)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema al nacer? (prematuridad, oxígeno o ventilación de la máquina) Especifique:	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna exposición al humo del cigarrillo? Drogas?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún resfriado reciente o infecciones respiratorias? Tos con esputo (flema)? COVID-19?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna dificultad para respirar, como sibilancias o asma?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier problema con los ronquidos o la interrupción de la respiración durante el sueño? Apnea del sueño? CPAP?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier problema con dificultad para respirar o exceso fatiga con el ejercicio físico- jugar, caminar, escalar o correr? "Volviéndose azul"	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún antecedente de problemas cardíacos (corazón)? (murmullo, irregular)	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún antecedente de convulsiones, epilepsia o desmayos?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna debilidad muscular, miopatía o distrofia muscular?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna otra discapacidad física?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún antecedente de diabetes? Problemas hormonales?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema de sangrado o coagulación con el niño o cualquier pariente consanguíneo?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna acidez estomacal o reflujo ácido del estómago?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún antecedente de ictericia o hepatitis?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema renal (riñones)?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún diente suelto, astillado o roto?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún otro problema médico?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna preocupación especial sobre usted o su hijo?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted o su hijo tienen alguna preocupación especial sobre la anestesia?	_____

Esta información es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Date: _____

