

RIVER DRIVE SURGERY & LASER CENTER
QUESTIONARIO DE SALUD ANTES DE CIRUGIA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____ ASC# _____
 NOMBRE DE SU DOCTOR MEDICO _____ TELEFONO _____

ALGUNA VEZ A TENIDO:

S_N CONDICION DEL CORAZON: Presion Alta Dolor Cirugia, explique _____

S_N CIRUGIA PULMONAL? Si? Cual pulmon? Izquierdo Derecho

S_N ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS / TUBERCULOSIS? _____

S_N DIABETES (AZUCAR ALTA)? Depende a Insulina No Depende a Insulina

S_N DERRAME / EPILEPSIA / CONVULSIONES

S_N (CJD) CREUTZFELDT-JAKOB DISEASE

S_N (MRSA) Methicillin-resistant staphylococcus aureus? Si / No. Si? Recibio tratamiento antibiotico?

S_N PROBLEMAS DE SANGRAMIENTO / ICTERICIA / HEPATITIS / PROBLEMAS DEL HIGADO

S_N VIRUS EN EL SISTEMA DEL INMUNODEFICIENCIA (HIV) / ENFERMEDADES AUTOINMUNES

S_N PROBLEMAS CON LOS RINONES Dialysis Acceso de vena, localizado _____

S_N CIRUGIA EN LOS CENOS? Izquierdo Derecho Los dos

S_N CIRUGIA EN EL PASADO? Explique _____

S_N REACCION NEGATIVA A ANESTESIA LOCAL O GENERAL?

S_N ALERGIAS O REACCIONES A MEDICAMENTOS / CRUSTACEOS / YODO / LATEX? SI? POR FAVOR

ANOTE: _____

S_N TOMA MEDICAMENTOS RECETADOS? POR FAVOR ANOTE:

NOMBRE	DOSIS

ESTA EMBARAZADA? _____ FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION? _____

TIENE ALGUNOS DOLORES? S_N CUANTO DOLOR? (0=NINGUN DOLOR 10=MUCHO DOLOR)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >10

ADONDE? _____ QUE ALIVIA EL DOLOR? _____

TIENE USTED:

S_N UN MARCA-PASOS?

S_N UN DEFIBRILLATOR / CONVERTIDOR CARDIATICO?

S_N UN AUDIFONO?

S_N LENTES DE CONTACTO?

S_N PUENTES, DIENTES POSTISOS, FUNDAS? (POR FAVOR CIRCULAR)

S_N FUMA USTED? CUANTO AL DIA? _____

S_N TOMA ALCOHOL? CUANTO AL DIA? _____

USTED:

S_N NECESITA TRANSPORTACION? S_N TIENE PROSTESIS O ES INABILITADO?

S_N USA CILLA DE RUEDAS, BASTON, O CAMINADOR? (POR FAVOR CIRCULAR)

TRADUCIDO: _____ POR MIEMBRO DE FAMILIA _____ POR EMPLEADO DE RIVER DRIVE SURGERY CENTER

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ # _____ MISMO QUE PREVIO

S_N AUTORIZO RDSL A CONTACTARME, EL CONTESTADOR, O CONTACTO DE EMERGENCIA CUANDO NECESARIO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

RN / LPN / OT SIGNATURE

FECHA