

**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 PROTESIS 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 RDSLC A CONTACTARME, EL CONTESTADOR, O CONTACTO DE EMERGENCIA CUANDO NECESARIO

**FIRMA DEL PACIENTE**

**FECHA**

**RN / LPN / OT SIGNATURE**

**FECHA**