

CUESTIONARIO DE EVALUACION PREANESTESICA

Apellido y Nombre:			Fecha:	
Edad:	Peso:	Altura:	Presión Arterial Habitual:	
Procedimiento:				

Tiene o tuvo alguno de los siguientes problemas de salud	NO	SI
Hipertensión arterial?		
Infarto de miocardio?		
Cirugía cardíaca o angioplastia - stent cardíaco?		
Insuficiencia cardíaca?		
Enfermedad de Chagas?		
Arritmia		
Enfermedad valvular del corazón?		
Colesterol alto?		
Diabetes?		
Recibe insulina?		
Problemas respiratorios? (Tos crónica - Asma - EPOC - Enfisema)		
Problemas de tiroides?		
Enfermedades hepáticas (Trasplante hepático - Cirrosis)		
Accidente Cerebro Vascular? (ACV)		
Migrañas?		
Epilepsia?		
Convulsiones?		
Glaucoma? (Presión ocular)		
Enfermedades transmisibles ? (HIV - Sifilis - Hepatis B y C?)		
Enfermedad renal o insuficiencia renal?		
Enfermedades de próstata - Cirugías?		
Enfermedades autoinmunes (Artritis - Lupus - Etc.)		
Anemia u otros problemas hematológicos?		
Problemas de sangrado importantes?		
Toma aspirina en forma habitual?		
Toma anticoagulantes?		
Alergias a medicamentos?		
Fuma? Cuánto? Desde qué edad?		
Toma alcohol regularmente?		
Realiza actividad física periódicamente?		
Ha sido internado en alguna oportunidad?		
Ha sido operado en alguna oportunidad? (De qué?)		
Tuvo problemas con anestésicos previas? (Cuál?)		
Puede estar embarazada?		
OBSERVACIONES:		

Firma