

HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? _____ Sí No
 2. ENUMERE TODAS LAS CIRUGÍAS ANTERIORES: _____

 3. a. ¿Ha tenido alguna complicación con la anestesia? _____ Sí No
b. ¿Hay algún antecedente familiar de problemas con la anestesia? _____ Sí No
 4. ¿Tiene algún trastorno de sangrado o está tomando algún anticoagulante? _____ Sí No
 5. ¿Ha estado resfriado en las últimas dos semanas? _____ Sí No
 6. ¿Tiene problemas cardíacos? _____ Sí No
¿Ha tenido algún ataque cardíaco? _____ Sí No
 7. ¿Tiene presión arterial alta? _____ Sí No
 8. ¿Le falta el aire? _____ Sí No
 - a. ¿Tiene asma? _____ Sí No
 - b. ¿Tiene enfisema pulmonar? _____ Sí No
 - c. ¿Tiene tos/bronquitis crónica? _____ Sí No
 9. ¿Fuma o ha fumado alguna vez? _____ Sí No
¿Cuánto? _____ Fecha en la que dejó de fumar: _____
 10. ¿Tiene ictericia o hepatitis? _____ Sí No
 11. ¿Tiene insuficiencia renal? _____ Sí No
 12. ¿Tiene úlceras, acidez o hernia de hiato? _____ Sí No
 13. ¿Tiene diabetes? _____ Sí No
 14. ¿Tiene artritis? _____ Sí No
 15. ¿Ha tenido algún accidente cerebrovascular o convulsión? _____ Sí No
 16. ¿Ha tenido algún coágulo de sangre o problema circulatorio? _____ Sí No
 17. ¿Toma alcohol? ¿Cuánto? _____ Sí No
 18. ¿Consume drogas como cocaína, heroína, speed? _____ Sí No
 19. ¿Se le ha diagnosticado SIDA? _____ Sí No
 20. ¿Alguna vez ha tenido tuberculosis (TB)? _____ Sí No
 21. ¿Tiene apnea del sueño? _____ Sí No
 22. ¿Tiene alguna alergia al látex? _____ Sí No
 23. ¿Tiene algún otro problema de salud o diagnóstico poco común? _____ Sí No
- MEDICAMENTOS QUE TOMA EN LA ACTUALIDAD:** _____

Tomó los medicamentos encerrados con un círculo No tomó medicamentos

ALERGIAS: _____

¿Tiene algún diente flojo o que se le pueda extraer? _____ Sí No

¿A qué hora comió o bebió por última vez? _____ Fecha: _____