

**ESSEX SPECIALIZED SURGICAL INSTITUTE
QUESTIONARIO DE SALUD ANTES DE CIRUGIA**

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____ ASC # _____

NOMBRE DE SU DOCTOR MEDICO _____ TELEFONO _____

ALGUNA VEZ HA TENIDO:

S ___ N ___ CONDICION DEL CORAZON: Presion Alta Dolor Cirugia, explique _____

S ___ N ___ **ANTECEDENTES FAMILIARES** SIGNIFICATIVOS DE PROBLEMAS CARDIO VASCULAR INCLUYENDO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. SI? Quien? _____

S ___ N ___ CIRUGIA PULMONAR? 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 ___ PROBLEMAS DE SANGRADO / ICTERICIA / HEPATITIS / PROBLEMAS DEL HIGADO

S ___ N ___ VIRUS DEL SISTEMA INMUNOLOGICO (HIV) / ENFERMEDADES AUTOINMUNES

S ___ N ___ PROBLEMAS CON LOS RINONES Dialysis Acceso de vena, localizado _____

S ___ N ___ CIRUGIA EN LOS SENOS? 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 / MARISCOS / YODO / LATEX? SI? POR FAVOR

ANOTE: _____

S ___ N ___ ESTA USTED EMBARAZADA? FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: _____

S ___ N ___ TOMA MEDICAMENTOS RECETADOS? POR FAVOR ANOTE:

NOMBRE	DOSIS

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

DONDE? _____ QUE ALIVIA EL DOLOR? _____

TIENE USTED:

S ___ N ___ UN MARCA-PASOS/ UN DESFIBRILADOR/ CONVERTIDOR CARDIATICO?

S ___ N ___ UN APARATO AUDITIVO?

S ___ N ___ LENTES DE CONTACTO?

S ___ N ___ PUENTES, DIENTES POSTIZOS, CORONAS? (POR FAVOR CIRCULAR)

S ___ N ___ FUMA USTED? CUANTO AL DIA? _____

S ___ N ___ TOMA ALCOHOL? CUANTO AL DIA? _____

S ___ N ___ TIENE PROTESIS O ES DESABILITADO? SI ES QUE SI, POR FAVOR DESCRIBIR _____

S ___ N ___ USA SILLA DE RUEDAS, BASTON, O ANDADOR? (POR FAVOR CIRCULAR)

TRADUCIDO: _____ POR MIEMBRO DE FAMILIA _____ POR EMPLEADO DE E.S.S.I.

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ NUMERO TELEFONICO# _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Revisado y firmado por RN / LPN / OT

FECHA