

EVALUACIÓN DE RIESGO PREOPERATORIO

Por favor, indique sus respuestas marcando con una ✓ en el espacio apropiado. Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.

- ¿Cuál es su edad? _____
- ¿Cuál es su peso? _____
- ¿Cuál es su altura? _____
- ¿Cuál es la operación propuesta? _____

	Sí	No	COMENTARIOS
¿ Se ha operado usted anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Usted o algún familiar tuvo alguna complicación seria o inexplicable durante cirugía o bajo el efecto de la anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Es posible que usted esté embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Es usted alérgico a algún medicamento, alimentos, látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Cuántos cigarrillos diarios? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Por cuánto tiempo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Toma alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Consume drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Que drogas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Usa dentadura postiza o puente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene algún diente flojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene o ha tenido alguna dificultad en abrir la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Usa lentes de contacto o anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene algún "Body Piercing" (ej. Aros en el ombligo o la lengua) o alhajas (ej. Anillos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión alta, hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión baja, hipotensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor de pecho, angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque al corazón, infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fecha: _____			
Insuficiencia cardíaca, hinchazón en los tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pulso irregular, arritmia, palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falta de aire, disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Puede subir dos tramos de escalera fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tuvo cirugía cardíaca, angioplastia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tuvo internación en unidad coronaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene colesterol o triglicéridos elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Le han realizado estudios del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cateterismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Holter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba de Perfusión con Talio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Algún de estos estudios resultó anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Sí	No	COMENTARIOS
¿Tiene algún problema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Roncador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pausas en la Respiración durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Silbidos en el pecho, broncoespasmo o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarro, tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Estuvo recientemente enfermo (catarro, fiebre o resfrío)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún problema en los riñones, próstata o vejiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene algún problema endócrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Control: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dieta			
<input type="checkbox"/> Medicación Oral <input type="checkbox"/> Insulina			
- Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene o tuvo várices, flebitis, trombosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Ha tenido alguna vez un derrame cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Ha tenido pérdida de fuerza en algún miembro o dificultad en el habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene hernia hiatal o reflujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene o ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene usted algún impedimento físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tuvo hemorragias? ¿En qué situación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Estuvo alguna vez anémico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Se negaría a ser transfundido si hubiese necesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene o ha tenido cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿ Tiene o tuvo alguna otra enfermedad importante que no ha sido enumerada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enumere los remedios que está tomando y las dosis, aunque sean medicamentos comprados sin receta. Ej. Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿ Tiene usted alguna pregunta o preocupación referente a su operación o anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

He leído y comprendido el cuestionario y certifico que las respuestas son correctas, a mi entender.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha