

BIENVENIDO A LOS SERVICIOS PREOPERATORIOS

Nuestro objetivo es asegurarnos de que usted esté debidamente preparado para su próxima cirugía. Su visita del día de hoy puede durar hasta 2 horas, dependiendo de la cantidad de entrevistas y pruebas que se le deban realizar.

Por favor, tómese un tiempo para completar el siguiente cuestionario:

Nombre _____ Fecha _____ Cirujano _____ Fecha de la cirugía _____

1. Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

2. Marque la respuesta correcta con un círculo: mi cirugía es en el lado IZQUIERDO / DERECHO / ambos / no sé / no corresponde

3. Médico de atención primaria: Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Ciudad/Estado: _____

En caso de que necesitemos obtener información de ellos, le pedimos que ingrese a continuación los datos de otros médicos que lo atienden:

_____	_____	_____	_____
Especialidad	Nombre	Teléfono	Fax
_____	_____	_____	_____
Especialidad	Nombre	Teléfono	Fax
_____	_____	_____	_____
Especialidad	Nombre	Teléfono	Fax

¿Se le indicó que viera a alguno de estos médicos antes de la cirugía? No Sí Dr. _____ Dr. _____

4. ¿Alguna vez se le ha realizado alguna de las siguientes pruebas? (Si la respuesta es "sí", especificar cuándo y dónde)
ELECTROCARDIOGRAMA _____ PRUEBA DE ESTRÉS _____
ECOCARDIOGRAMA _____

5. En los últimos 6 meses, se le ha realizado a) ¿un análisis de sangre? Sí No b) ¿una radiografía de tórax? Sí No

6. Alguna vez ha tenido a) ¿náuseas o vómitos después de la operación? Sí No b) ¿mareo por movimiento? Sí No

7. Mencione todas las enfermedades importantes que tuvo: _____

8. ¿Se queda sin aliento después de subir un tramo de escaleras? Sí No

9. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado alguna de las condiciones que figuran a continuación?

Diabetes	Sí	No	(Insulina: Sí No)
Coágulo de sangre (trombosis venosa profunda)	Sí	No	
Reflujo/acidez estomacal	Sí	No	
Apnea del sueño	Sí	No	

Estudio del sueño: fecha: _____ lugar: _____

Si la respuesta es "sí", ¿usa un dispositivo CPAP? S/N ¿Aparatos dentales? S/N

¿Ronca fuertemente (más fuerte que una conversación o tan fuerte que se puede escuchar a través de puertas cerradas)?

Sí No

¿Con frecuencia se siente cansado/a, fatigado/a o somnoliento/a durante el día?

Sí No

¿Alguien ha observado que deja de respirar mientras duerme?

Sí No

¿Tiene presión arterial alta o realiza tratamiento por presión arterial alta?

Sí No

Si ha respondido "sí" a 2 o más de las preguntas de este recuadro, es posible que tenga apnea obstructiva del sueño y debería consultarle a su médico de atención primaria si corresponde que lo remita a una clínica del sueño.

Voltee la hoja y complete ambos lados.

10. Indique sus **ALERGIAS** y tipos de reacciones:

Medicamento/alimento	Reacción		Medicamento/alimento	Reacción

¿Tiene alergia al látex? Sí No

11. **INDIQUE TODOS** LOS MEDICAMENTOS que está tomando actualmente o adjunte una copia de su lista de medicamentos (incluir vitaminas, suplementos herbales y medicamentos de venta libre).

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Indicación

12. ¿Usa buprenorfina, suboxona, butrans, subutex? Sí No *Tenga en cuenta que estos medicamentos interfieren con el control del dolor y deben ser reemplazados por otros medicamentos 3 o 4 días antes de la cirugía.*

13. Mencione todas las cirugías importantes que tuvo y su fecha de realización: _____

14. ¿Tiene algún dispositivo eléctrico implantado? (Ejemplo: marcapasos, estimulador del nervio) Sí__ No__ Si la respuesta es “sí”, especifique: _____

15. ¿Tiene un Lapband®? Sí No Cirujano que colocó el Lapband®: Dr. _____ Teléfono _____

16. Historial de consumo de tabaco: Fuma actualmente: Sí No Fumó en algún momento: Sí No

Nunca fumó: Sí No

Abandonar el tabaco antes de la operación mejora los resultados.

17. Alcohol: Sí No Si la respuesta es “sí”, especifique la cantidad de tragos por semana: _____

Antecedentes de abuso de alcohol: Sí / No

18. Consumo de drogas ilícitas: Sí No Drogas ilícitas que consume actualmente: _____

Prueba de detección de ébola: ¿Ha viajado recientemente fuera del país? Ghana/Liberia/Sierra Leona. Si la respuesta es “sí” y usted tiene algún síntoma gastrointestinal o síntomas similares a los de la gripe, por favor use una mascarilla facial y entréguele este formulario al encargado administrativo.

Declaro que la información anterior es correcta y completa.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono más conveniente para contactarnos con usted: _____