

Cuestionario Salud Preanestesia



RCO LIFE SUPPORT, S.L.P.

RN15343

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente este cuestionario y responda marque SÍ o NO según corresponda. Tiene hueco para aclarar lo que crea conveniente. No se preocupe si tiene alguna duda, podrá aclararla directamente con su Anestesiólogo/a antes de la intervención.

PREGUNTAS	SÍ	NO	ACLARACIONES
¿TIENE USTED ALGUNA ALERGIA?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Si la respuesta es SÍ, por favor, escriba a qué es alérgico			
¿Ha acudido a urgencias o ha estado ingresado en los últimos 6 meses por: a) Problemas cardiacos? b) Accidente cerebral? c) Falta de aire o insuficiencia cardíaca?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Padece usted de hipertensión arterial?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene usted alguna arritmia cardíaca?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha tenido alguna vez un infarto?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Padece de alguna enfermedad pulmonar como asma, bronquitis crónica, EPOC...?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Utiliza inhaladores regularmente?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Presenta apnea del sueño o utiliza CPAP o BIPAP?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene diabetes o problemas con el azúcar en la sangre?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Padece de problemas renales, epilepsia, desmayos?			
¿Toma usted antiagregantes, anticoagulantes u otra medicación que altere la coagulación de la sangre		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Padece usted algún otro problema de salud sobre el que no le hayamos preguntado?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Por favor, díganos si toma alguna medicación habitualmente. Y si es así, escríbala aquí debajo.		<input checked="" type="checkbox"/>	
EDAD: 64	PESO: 70 kg	ESTATURA (aproximada): 1'74	

En Vigo a 28 de Septiembre de 2024

FIRMA: