



Mucha Inquietud Acerca de su próxima Operación.....No Sí
Much Anxiety About Your Pending Operation No Yes
Hepatitis .....No Sí
Hepatitis No Yes
Dolor Crónico o Agudo en Curso .....No Sí
Ongoing Chronic or Acute Pain No Yes

DESCRIBA LO SIGUIENTE:

DESCRIBE THE FOLLOWING:

Uso del Alcohol: Nunca Ocasionalmente Diariamente

Use of Alcohol: Never Occasionally Daily

¿Alguna vez ha recibido tratamiento contra el alcoholismo? .....No Sí

Have You Ever Been Treated For Alcoholism? No Yes

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por Uso de Drogas/Adicción? .....No Sí

Have You Ever Been Treated For Drug Abuse/Addiction? No Yes

¿Se Inyecta Insulina (u otro medicamento para controlar el nivel del azúcar)? .....No Sí

Do You Take Insulin (or Other Blood Sugar Medication)? No Yes

¿Usa Tabaco? .....No Sí

Do You Use Tobacco? No Yes

Cuántas al día Cajetillas Puros Pipa: \_\_\_\_\_

Packs per Day Cigarettes Cigars Pipe: \_\_\_\_\_

Firme Aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
Sign Here: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN
PATIENT OR PARENT'S SIGNATURE

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

NIÑOS:

CHILDREN

¿Nació el paciente prematuramente? .....No Sí

\*Was the patient born prematurely? No Yes

¿Estuvo el paciente expuesto Al humo del cigarrillo? .....No Sí

\* Is the patient exposed to second hand smoke? No Yes

¿Tiene el paciente Tos crónica? .....No Sí

\* Does the patient have a chronic cough? No Yes

Comprendo la información anterior, acepto la responsabilidad y puedo garantizar su seguridad para que sea dado de alta:

I understand the above information and accept responsibility for a safe discharge:

Responsible adult signature/relationship \_\_\_\_\_

Reviewed by \_\_\_\_\_

Nurse's signature \_\_\_\_\_

If Translated: INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)

Translation has been provided by: \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF INTERPRETER/CYRACOM id#

OUTPATIENT SURGERY HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE – SPANISH

SI USTED VA A RECIBIR ANESTESIA GENERAL O DROGAS SEDANTES, DEBE DE VENIR ACOMPAÑADO POR: ALGUIEN QUE LO PUEDA LLEVAR DE REGRESO A SU HOGAR Y PERMANECER CON USTED DESPUES DE LA CIRUGÍA. SU CIRUGÍA PODRÍA SER CANCELADA SI NO SE HAN HECHO ESTOS ARREGLOS.

Nombre de la persona que lo llevará a su hogar. \_\_\_\_\_

Numero de teléfono de la persona que lo llevará a su hogar: ( \_\_\_\_\_ )

¿Hay alguien en éste número que hable Inglés? \_\_\_\_\_

IF YOU ARE TO RECEIVE A GENERAL ANESTHETIC OR SEDATIVE DRUGS, YOU MUST BE ACCOMPANIED BY SOMEONE WHO CAN TAKE YOU HOME FROM THE CENTER AND STAY WITH YOU FOLLOWING SURGERY. YOUR SURGERY MAY BE CANCELED IF THESE ARRANGEMENTS HAVE NOT BEEN MADE.

Name of the person who will take you home:

Telephone Number of the person who will take you home:

Is there someone at that number who speaks English?:

Enumere Alergias (reacciones malas o lo siguiente) : Enumere todos los medicamentos que está tomando ahora (incluya dosificación y Medicamento: frecuencia): \_\_\_\_\_

List allergies (bad reaction to the following): List all medications you now take (include dose and Medicine: frequency):

Comida:

Es usted alérgico al latex (hule, elástico, globos, cinta adhesiva, curitas, o un producto similar)?.....No Sí

Food:

Are you allergic to latex (rubber, elastic, balloons, tape, bandaids, or similar product)? No Yes

Enumere todas las enfermedades médicas que haya tenido: Enumere cualquier medicamento adicional que haya tomado dentro del último año (incluya dosificación y frecuencia): \_\_\_\_\_

List all medical illnesses you have had: List any additional medication you have taken within the last year (include dose and frequency):

Enumere cualquier operación que haya tenido. Enumere cualquier planta medicinal, remedios naturales u homeopáticos o Vitaminas que toma (incluya dosis y frecuencia)

List any operations you have had: List any herbs, natural or homeopathic remedies or vitamins you use (include dose and frequency)

ALGUNA VEZ HA TENIDO:

HAVE YOU EVER HAD:

Cirugía que haya requerido anestesia .....No Sí

Surgery Requiring Anesthesia No Yes

Algún pariente consanguíneo con Distrofia Muscular, Hipertermia Maligna,.....No Sí

Any Blood Relative with Muscular Dystrophy, Malignant Hyperthermia, No Yes

u Otro Trastorno Neuromuscular?.....No Sí

or Other Neuromuscular Disorder No Yes

FAVOR DE COMPLETAR AMBOS LADOS PLEASE COMPLETE BOTH SIDES

**Cualquier pariente consanguíneo que haya tenido cualquier tipo de complicaciones con la anestesia**.....No Sí  
 Any Blood Relative Who Had Anesthesia Complications of Any Kind No Yes

**Cualquier Dificultad en Respirar**.....No Sí  
 Any Breathing Difficulty No Yes

**Radiografía pulmonar anormal**.....No Sí  
 Abnormal Chest X-ray No Yes

**\*Dolor de Pecho o Angina Pectoris**.....No Sí  
 \*Chest Pain or Angina Pectoris No Yes

**\*Falta de Respiración que lo haga despertarse**.....No Sí  
 \*Shortness of Breath That Wakes You Up No Yes

**\*Electrocardiograma Anormal**.....No Sí  
 \*Abnormal Electrocardiogram No Yes

**\*Presión Arterial Alta o Baja**.....No Sí  
 \*High or Low Blood Pressure No Yes

**\*Enfermedad de Riñones**.....No Sí  
 \*Kidney Disease No Yes

**\*Problemas de Vejiga/Próstata**.....No Sí  
 \*Bladder/Prostate Problems No Yes

**Debilidad en una Pierna o Brazo**.....No Sí  
 Weakness of an Arm or Leg No Yes

**Transfusiones de Sangre o Plasma**.....No Sí  
 Blood or Plasma Transfusions No Yes

**Pérdida de Sangre en exceso o sangra con facilidad**.....No Sí  
 Excessive or Easy Bleeding No Yes

**Enfermedad de la tiroides**.....No Sí  
 Thyroid Disease No Yes

**\*Diabetes**.....No Sí  
 \*Diabetes No Yes

**Mareos, Náusea/Vómito**.....No Sí  
 Motion Sickness, Nausea/Vomiting No Yes

**Después de la Anestesia**  
**After Anesthesia**

**MUJERES:**  
**WOMEN:**

**¿Podiera usted estar Embarazada?**.....No Sí  
 Could You Be Pregnant? No Yes

**¿Está en período de lactancia?**.....No Sí  
 Are You Lactating? No Yes

**Fecha de su Última Menstruación** \_\_\_\_\_  
 Date of Last Menstrual Period

**Cualquier Complicación o Efecto Adverso Relacionado con la Anestesia**.....No Sí  
 Any Complication or Ill Effect Related to Anesthesia No Yes

**\*Pulmonía**.....No Sí  
 \*Pneumonia No Yes

**\*Asma o Fiebre del Heno**.....No Sí  
 \*Asthma or Hay Fever No Yes

**\*Tos Crónica o Frecuente**.....No Sí  
 \*Chronic or Frequent Cough No Yes

**\*Enfermedad del Corazón o Soplo en el Corazón**.....No Sí  
 \*Heart Disease or Heart Murmur No Yes

**\*Ataque cardíaco**.....No Sí  
 \*Heart Attack No Yes

**\*Palpitaciones o Latido Irregular del Corazón**.....No Sí  
 \*Palpitations or Irregular Heart Beat No Yes

**Desmayos**.....No Sí  
 Fainting Spells No Yes

**Embolia**.....No Sí  
 Stroke No Yes

**Esclerosis Múltiple, Distrofia Muscular**.....No Sí  
 Multiple Sclerosis, Muscular Dystrophy, No Yes

**Enfermedad Neuromuscular, Hipertermia Maligna**.....No Sí  
 Neuromuscular Disease, Malignant Hyperthermia No Yes

**\*Epilepsia o Convulsiones**.....No Sí  
 \*Epilepsy or Seizures No Yes

**Anemia (bajo recuento de glóbulos)**.....No Sí  
 Anemia (Low Blood Count) No Yes

**Problemas de Visión o de Ojos**.....No Sí  
 Eye or Vision Problems No Yes

**Agruras o Hernia Hiatal**.....No Sí  
 Heart Burn or Hiatal Hernia No Yes

**Úlceras estomacales**.....No Sí  
 Stomach Ulcers No Yes

**Ictericia o Hepatitis**.....No Sí  
 Jaundice or Hepatitis No Yes

**Estafilococo aureus resistente a la Meticilina (MRSA por sus siglas en inglés)**.....No Sí  
 MRSA or VRE (requiring isolation) No Yes

**Exposición a la enfermedad de SIDA**.....No Sí  
 Exposure to AIDS No Yes

**¿Cuál es su edad?** \_\_\_\_\_  
 What is Your Age?

**¿Cuál es su peso?** \_\_\_\_\_ (Ahora )  
 What is Your Weight? \_\_\_\_\_ (Now)

\_\_\_\_\_ (Hace un año)  
 \_\_\_\_\_ (One Year Ago)

**Los pacientes cuyo peso excede 340 libras, a menudo requieren precauciones especiales. Si ése es su caso, es imperativo que lo avise con anterioridad al día de la cirugía en la Clínica de Cirugía Ambulatoria de la Universidad de Virginia para evitar cancelaciones de última hora.**  
 Patients with weight over 340 often require special precautions. If your weight is over 340, it is imperative that you notify UVA Outpatient Surgery prior to your day of surgery to avoid last minute cancellation.

**TIENE USTED:**  
 DO YOU HAVE:

**Un resfrío**.....No Sí  
 A Cold No Yes

**Lentes de Contacto, Lentes**.....No Sí  
 Contact Lenses, Glasses No Yes

**Dentaduras Removibles, Tapaduras, Coronas, o Puentes Fijos**.....No Sí  
 Removable Dentures, Caps, Crowns, or Fixed Bridgework No Yes

**Cualquier otra Prótesis**.....No Sí  
 Any Other Prosthesis No Yes

**SIDA o Enfermedades Relacionadas**.....No Sí  
 AIDS or Related Diseases No Yes

**Necesidades Especiales**.....No Sí  
 Special Needs No Yes

**Tos**.....No Sí  
 A Cough No Yes

**Dientes Flojos o Astillados**.....No Sí  
 Chipped or Loose Teeth No Yes

**Aparato Para Sordera**.....No Sí  
 Hearing Aid No Yes