



0500008

PLACE LABEL HERE.
IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

CUESTIONARIO PREANESTÉSICO: Para _____ **Procedimiento**
ANESTHESIA HISTORY QUESTIONNAIRE: For _____ **Procedure**

¿Ha estado alguna vez en PETC o en el Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios? No Sí
 Have you ever been to PETC or Outpatient Surgery Center before? No Yes

¿Cuenta con una Directiva Anticipada (ha nombrado a una(s) persona(a) para dirigir su atención médica cuando usted no pueda hacerlo)? No Sí Si la respuesta es si, ¿en donde se encuentra una copia? _____
 Do you have an Advance Directive (have you named a person[s] to speak for you if you are unable to speak for yourself)? No Yes
 If yes, where is a copy of the form located? _____

Vamos a revisar con usted sus alergias y medicamentos. Asegúrese de que tengamos una lista completa.
 We will review your allergies and medicines with you. Please be sure we have a complete list.

Haga una lista de todas las **operaciones o cirugías** que alguna vez haya tenido:
 List all of the **operations or surgeries** you have ever had:

Operaciones Operations	Fecha Date	¿Problemas con la Anestesia? Problems with Anesthesia?	Si es sí, proporcione detalles: If yes, details:
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	

El día de Hoy - ¿Tiene? _____ **Si es sí, proporcione detalles:**
 Today - Do you have? _____ If yes, details:

Tos, resfrío, fiebre, u otra enfermedad A cough, cold, fever, or other illness	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Lentes de contacto Contact lenses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Glaucoma o problemas de la vista Glaucoma or vision problems	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Dientes astillados o flojos Chipped or loose teeth	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Dentaduras, Coronas, Puentes fijos Dentures, Caps, Crowns, Fixed bridgework	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Aparato para oír o problemas para oír Hearing aid or hearing problems	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Implantes metálicos o plásticos - válvula, varilla, perno Metal or plastic implants - valve, rod, pin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Marcapasos u otro aparato para el corazón Pacemaker or other heart device	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Historial de trasplante de órgano o tejido History of organ or tissue transplant	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Dolor presente o crónico Ongoing or chronic pain	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
Angustia (preocupación) acerca de la cirugía Anxiety (worry) about surgery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes)	

Información General:
 General Information:

Por favor marque No o Sí y añada detalles Please Check No/Yes and add details	No(No)	Sí(Yes)	Detalles Details
¿Alguna vez consume alcohol ? Si es así, <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente Do you ever use alcohol? If yes, <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Weekly			
¿Alguna vez se ha drogado ? Si es así, <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente Do you ever get high on drugs? If yes, <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Weekly			

No(No) Sí(Yes)

<p>¿Alguna vez ha fumado o consumido tabaco?</p> <p><input type="checkbox"/> Masca tabaco <input type="checkbox"/> Pipa/Puro</p> <p><input type="checkbox"/> Paquetes de cigarros al día:</p> <p><i>Have you ever smoked or used tobacco? If yes,</i></p> <p><input type="checkbox"/> Chewing tobacco <input type="checkbox"/> Pipe/Cigar <input type="checkbox"/> Packs per day Cigarettes</p>			<p>Si es así, Si ha dejado de hacerlo – Fecha en que lo hizo:</p> <p><i>If you quit – Quit date:</i></p>
<p>¿Utiliza CPAP, BiPAP u Oxígeno?</p> <p><i>Do you use CPAP, BiPAP or Oxygen?</i></p>			
<p>Para las Señoras: (For Women:)</p> <p>¿Podría estar o está embarazada?</p> <p><i>Could you be, or are you, pregnant?</i></p>			
<p>Para Niños: (For Children:)</p> <p>¿Nació el niño prematuramente?</p> <p><i>Was the child born prematurely?</i></p>			<p>Si es así, ¿que tan temprano?</p> <p><i>If yes, how early?</i></p>
<p>¿Tiene el niño músculos flácidos o espásticos?</p> <p><i>Does the child have floppy or spastic muscles?</i></p>			
<p>¿Tiene su niño algún problema de desarrollo?</p> <p><i>Does your child have any developmental issues?</i></p>			
<p>¿Están al día sus vacunas para la inmunización?</p> <p><i>Are immunizations (shots) up to date?</i></p>			

¿Cuánta **actividad** puede llevar a cabo?

How much activity are you able to do?

Marque abajo Sí o No *Check Yes/No below*

Sin parar, puede usted: <i>Without stopping can you:</i>	No(No)	Sí(Yes)
¿Subir 3 pisos o caminar varias calles? <i>Walk up 3 flights of steps or walk several blocks?</i>		
¿Subir más de 1 piso o caminar 2 calles? <i>Walk up more than 1 flight of steps or 2 blocks?</i>		
¿Subir un piso o menos de uno? <i>Walk up one flight of steps or less?</i>		
¿Tiene dificultad para respirar o dolor de pecho cuando está acostada en la cama? <i>Do you get short of breath or have chest pain when lying in bed?</i>		

¿Por qué necesita detenerse? *(Marque todas las que apliquen)*

Why do you need to stop? (Check all that apply)

- No aplica *(Not applicable)*
- Dolor de pecho/presión *(Chest pain/pressure)*
- Dolor de espalda/articulaciones *(Joint/back pain)*
- Calambres musculares *(Muscle cramps)*
- Sobrepeso *(Overweight)*
- Falta de Aliento *(Short of breath)*
- Debilidad, Cansancio, mareo *(Weak, tired, dizzy)*

HISTORIAL CLÍNICO – ALGUNA VEZ HA TENIDO: ALGUNA VEZ HA TENIDO: Cheque No o Si y proporcione detalles:
HISTORY – HAVE YOU EVER HAD: Check No or Yes and give details:

Problemas de Salud <i>Health problem</i>	No <i>No</i>	Sí <i>Yes</i>	Detalles: <i>Details:</i>
¿Estafilococo Aureus Resistente a la Meticilina (MRSA por su abreviatura en inglés); Enterococo Resistente a la Vancomicina (VRE por su abreviatura en inglés); Clostridium Difficile (CDIFF por su abreviatura en inglés) – requiere aislamiento o reciente exposición a varicela, sarampión, paperas? <i>MRSA, VRE, CDIFF – require isolation or recent exposure to chicken pox, measles, mumps?</i>			
Cáncer; por favor anote tipo y tratamiento <i>Cancer; please note type and treatment</i>			
Diabetes o azúcar alta <i>Diabetes or high sugar</i>			
Acidez severa o hernia hiatal <i>Severe heartburn or hiatal hernia</i>			
Hepatitis o ictericia <i>Hepatitis or yellow jaundice</i>			
Insuficiencia renal <i>Kidney failure</i>			
Problemas de tiroides <i>Thyroid problems</i>			
Tuberculosis, hepatitis o expuesto a SIDA <i>Tuberculosis, hepatitis or AIDS exposure</i>			
Miembros de la familia con problemas con la anestesia <i>Family member with problems with anesthesia</i>			
CORAZÓN/SANGRE (HEART/BLOOD)			
Dolor de pecho o angina <i>Chest pain, pressure or angina</i>			
Infarto <i>Heart attack</i>			
Soplo <i>Heart murmur</i>			
Latido del corazón irregular <i>Irregular heart beat</i>			
Presión arterial alta o baja <i>High or Low blood pressure</i>			
Electrocardiograma anormal (ECG por su abreviatura en inglés) <i>Abnormal electrocardiogram (ECG)</i>			
Miembros de la familia con infarto antes de los 50 años <i>Family member with heart attack before age 50</i>			
Anemia (bajo recuento sanguíneo) <i>Anemia (low blood count)</i>			
Transfusión de sangre (si hubo problemas, proporcione detalles) <i>Blood transfusion (If problems, give details)</i>			
Pérdida de sangre excesiva o con facilidad <i>Excessive or easy bleeding</i>			
Enfermedad de Anemia de células falciformes <i>Sickle cell disease</i>			
PULMONES (LUNGS)			
Asma o sibilancia (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; COPD por su abreviatura en inglés) <i>Asthma or wheezing, COPD</i>			
Tos crónica o frecuente <i>Chronic or frequent cough</i>			

Problemas de Salud <i>Health problem</i>	No <i>No</i>	Sí <i>Yes</i>	Detalles: <i>Details:</i>
Pulmonía <i>Pneumonia</i>			
Falta de aliento que le hace despertar <i>Shortness of breath that wakes you up</i>			
Radiografía anormal <i>Abnormal chest x-ray</i>			
NEUROLÓGICO O MUSCULOSESQUELÉTICO NEUROLOGICAL OR MUSCULOSKELETAL			
Epilepsia o convulsiones <i>Epilepsy or seizures</i>			
Enfermedad muscular <i>Muscle disease</i>			
Adormecimiento en los brazos, piernas o pies <i>Numbness in arms, hands, legs or feet</i>			
Artritis reumatoidea <i>Rheumatoid arthritis</i>			
Debilidad en brazo o pierna o antecedentes de accidente cerebro-vascular <i>Weakness of an arm or leg or history of stroke</i>			
Miembro de la familia con enfermedad nerviosa o muscular <i>Family member with nerve or muscle disease</i>			

¿A qué número de teléfono se le puede llamar la noche anterior a la cirugía? _____
At what phone number can you be reached the night before surgery?

¿Qué otra cosa debemos saber acerca de usted que nos pueda ayudar para atenderla? _____
What else should we know about you to help us care for you?

Haga una lista de todos los proveedores de salud e instalaciones presentes y pasados y su información de contacto:
 (*Tipo de Proveedor incluye pero no está limitado a: proveedor de atención primaria, cardiólogo u otro especialista; hospital en donde usted se sometió a procedimientos como imagen de resonancia magnética, cateterización cardíaca, dispositivo cardíaco o que se quedó durante la noche.

Please list current and past health care providers/facilities and their contact information: (*Provider Type includes but not limited to: primary care provider; cardiologist or other specialist; hospital where you received procedures such as MRI, cardiac catheterization, cardiac device, or stayed overnight.)

Nombre del Proveedor <i>Provider Name</i>	*Tipo de Proveedor <i>*Provider Type</i>	Dirección <i>Address</i>	Teléfono <i>Phone</i>	Fax <i>Fax</i>

Completado por: _____ Fecha: _____
 Completed by: _____ Date: _____
 Nombre; si no es el paciente — parentesco con el paciente
 Name/if not patient — relationship to patient

Si aplica: *If applicable:*
 Interpretado por (Nombre/Cyacom ID) _____ Fecha: _____
 Interpreted by (Name/Cyacom ID) _____ Date: _____