



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

CUESTIONARIO PREVIO A LA ANESTESIA

Fecha: _____ Estatura actual: _____ Peso actual: _____

Marque sí o no en las preguntas que aparecen a continuación. Si la respuesta es sí, dé una explicación en el espacio provisto. NOTIFIQUE AL PERSONAL DE INMEDIATO SI TIENE CUSTODIA PERO NO ES EL PADRE NI LA MADRE DEL PACIENTE.

1. ¿Ha tenido el paciente alguna cirugía antes? Si la respuesta es sí, indique las operaciones y fechas: Sí No
2. ¿Ha tenido el paciente problemas con la anestesia, sedación o entubado antes? _____ Sí No
3. ¿Hay historia familiar de problemas con la anestesia (fiebre alta/hipertermia maligna o debilidad muscular prolongada/deficiencia de pseudocolinesterasa)? _____ Sí No
4. ¿Tiene el paciente alguna alergia (medicamentos, alimentos, látex, medio ambiente)?? _____ Sí No
5. ¿Está tomando el paciente medicamentos, suplementos herbales o vitaminas? Sí No
Si la respuesta es sí, indique el nombre y dosis:
6. ¿Tiene el paciente dientes sueltos, forros, adhesiones dentales, fundas u otro trabajo dental? Sí No
7. ¿Ha tenido el paciente un resfrío, tos, fiebre o crup en las últimas dos semanas? Sí No
8. ¿Tiene el paciente sarpullido? Sí No
9. ¿Tiene el paciente facilidad para sangrar o desarrollar moretones? Sí No
10. ¿Ha tomado aspirina o ibuprofeno en la última semana? Sí No
11. ¿Usa el paciente lentes de contacto? Si la respuesta es sí, por favor retirarlos. Sí No
12. ¿Ha tenido el paciente alguna enfermedad grave, incluyendo cualquier hospitalización? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿para qué y cuándo?
13. ¿Tiene el paciente un síndrome o trastorno genético? Sí No
14. ¿Tiene el paciente convulsiones o epilepsia? Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? Sí No
15. ¿Tiene el paciente spina bífida u otro trastorno de la médula espinal? Si la respuesta es sí, ¿qué nivel? Sí No
16. ¿Tiene el paciente soplos cardíacos o cualquier tipo de problema cardíaco? Sí No
17. ¿Tiene el paciente presión alta? Si la respuesta es sí, ¿cuál es la presión normal del paciente? Sí No
18. ¿Tiene el paciente asma o respiración sibilante? Si la respuesta es sí, ¿cuándo tuvo el último episodio? Sí No
19. ¿Tiene el paciente problemas renales? Sí No
20. ¿Tiene el paciente historia de cáncer o de un tumor? Si la respuesta es sí, fecha de la última quimioterapia: Sí No
21. ¿Ha tomado el paciente esteroides durante más de cinco (5) días en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuándo y durante cuánto tiempo?
22. ¿Hay fumadores en su hogar? Sí No
23. ¿Tiene el paciente historia de fumar, o tomar drogas o alcohol? Sí No
24. Si la paciente es mujer, ¿ha empezado su periodo? Fecha del último periodo: _____ Sí No

¿Tiene el paciente alguno de los siguientes? Marque todas las que correspondan:

Hidrocefalia	Problemas del hígado	Accidente cerebrovascular	Dispositivos
Parálisis cerebral	Enfermedad de células falciformes	Apnea del sueño	Derivación
Fibrosis Quística	Rasgo de células falciformes	Ronquidos fuertes	Estimulador del nervio vago
Diabetes	Anemia / número reducido de células sanguíneas	Reflujo / acidez	Marcapasos / AICD
Enfermedad de la tiroides	Historia de la transfusión	Vómitos frecuentes	Monitor de apnea
Distrofia Muscular	Problemas del sistema inmunológico	Artritis	Baclofeno / bomba de insulina
Retraso en el desarrollo	Otro: _____		CPAP

Complete esta sección sólo si el paciente es menor de dos (2) años de edad:

1. ¿Cuánto pesó el paciente al nacer?
2. ¿Fue el paciente prematuro? No Sí - Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas antes de tiempo? _____
3. ¿Estuvo el paciente en una unidad de cuidados intensivos? No Sí – Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo?
Si respondió sí a la pregunta 3, responda lo siguiente:
 - A. ¿Estuvo alguna vez el paciente en un monitor de apnea? No Sí – Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo?
 - B. ¿Estuvo el paciente en una máquina para respirar (ventilador)? No Sí – Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo?
 - C. ¿Tuvo el paciente cualquier sangrado en la cabeza? No Sí



ARNOLD PALMER HOSPITAL

For Children

Supported by Arnold Palmer Medical Center Foundation

PREANESTHESIA ASSESSMENT

Weight: _____ kg

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

History and Physical:

Large empty box for History and Physical notes.

Exam: Airway:	Mallampati I II III IV
Lungs:	Dental: _____
CV:	<input type="checkbox"/> Patient unable to cooperate with exam

Previous Anesthetic History:

Medications:

NPO Status:
Milk & Solids at: _____ Clear Liquids at: _____

Allergies:

Diagnosics:

A.S.A. STATUS: _____ **bHCG-serum/urine:** _____

Plan: General Anesthesia Caudal Epidural Regional Post-op pain block: Caudal Regional
 Post-op PSCU/PICU Possible transfusion Invasive Monitoring: A line CVL
 Risks, benefits and alternative of anesthesia discussed with patient and/or patient's representative who understands and accepts plan; and all questions have been answered.

Signature _____ I.D.# _____ Date: _____ Time: _____

Post Anesthesia Note:

The post-anesthesia assessment was completed based upon the elements below. The patient is stable and has adequately recovered from the anesthesia unless otherwise noted.

	Yes	No	
Vital signs in patient's normal range	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A _____
Respiratory function stable; airway patent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A _____
Cardiovascular function and hydration status stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A _____
Mental status recovered: patient participates in evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A _____
Pain control satisfactory, nausea and vomiting control satisfactory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N/A _____

Comments _____

Anesthetist: _____ I.D.# _____ Date: _____ Time: _____

Physician: _____ I.D.# _____ Date: _____ Time: _____