SANATORIO MODELO QUILMES

EVALUACIÓN DE RIESGO PREOPERATORIO

Por favor, indique sus respuestas marcando con una √ en el espacio apropiado. Si la respuesta es afirmativa, por favor explique.

¿Cuál es su edad? _____
¿Cuál es su peso? _____
¿Cuál es su altura? _____
¿Cuál es la operación propuesta? _____

	Sí	No	COMENTARIOS
¿Se ha operado usted anteriormente?	☐	☐	
¿Usted o algún familiar tuvo alguna complicación sería o inexplicable durante cirugía o bajo el efecto de la anestesia?	☐	☐	
¿Es posible que usted esté embarazada?	☐	☐	
¿Es usted alérgico a algún medicamento, alimentos, látex?	☐	☐	
¿Fuma?	☐	☐	
¿Cuántos cigarrillos diarios? _____			
¿Por cuánto tiempo?_____			
¿Toma alcohol?	☐	☐	
¿Consume drogas?	☐	☐	
¿Que drogas?_____			
¿Usa dentadura postiza o puente?	☐	☐	
¿Tiene algún diente flojo?	☐	☐	
¿Tiene o ha tenido alguna dificultad en abrir la boca?	☐	☐	
¿Usa lentes de contacto o anteojos?	☐	☐	
¿Tiene algún "Body Piercing" (ej. Aros en el ombligo o la lengua) o alhajas (ej. Anillos)?	☐	☐	
¿Tiene algún problema del corazón?	☐	☐	
Presión alta, hipertensión arterial	☐	☐	
Presión baja, hipotensión arterial	☐	☐	
Dolor de pecho, angina	☐	☐	
Ataque al corazón, infarto	☐	☐	
Fecha :_____			
Insuficiencia cardíaca, hinchazón en los tobillos	☐	☐	
Prolapso de válvula mitral	☐	☐	
Pulso irregular, arritmia, palpitaciones	☐	☐	
Falta de aire, disnea	☐	☐	
¿Puede subir dos tramos de escalera fácilmente?	☐	☐	
¿Tuvo cirugía cardíaca, angioplastía?	☐	☐	
¿Tuvo internación en unidad coronaria?	☐	☐	
¿Tiene marcapasos?	☐	☐	
¿Tiene colesterol o triglicéridos elevado?	☐	☐	
¿Le han realizado estudios del corazón?	☐	☐	
Cateterismo	☐	☐	
Holter	☐	☐	
Ecocardiograma	☐	☐	
Prueba de Perfusión con Talio	☐	☐	
¿Algún de estos estudios resultó anormal?	☐	☐	

SANATORIO MODELO QUILMES

EVALUACIÓN DE RIESGO PREOPERATORIO

	Sí	No	COMENTARIOS
¿Tiene algún problema respiratorio?	☐	☐	
Roncador	☐	☐	
Pausas en la Respiración durante el sueño	☐	☐	
Silbidos en el pecho, broncoespasmo o asma	☐	☐	
Catarro, tos crónica	☐	☐	
Enfisema	☐	☐	
¿Estuvo recientemente enfermo (catarro, fiebre o resfrío)?	☐	☐	
¿Tiene algún problema en los riñones, próstata o vejiga?	☐	☐	
Insuficiencia renal	☐	☐	
Diálisis	☐	☐	
Infecciones urinarias	☐	☐	
Dificultad para orinar	☐	☐	
¿Tiene algún problema endócrino?	☐	☐	
- Diabetes	☐	☐	
Control: ○ *Ninguno* ○ *Dieta* ○ *Medicación Oral* ○ *Insulina*			
- Hipotiroidismo	☐	☐	
- Hipertiroidismo	☐	☐	
¿Tiene o tuvo várices, flebitis, trombosis?	☐	☐	
¿Ha tenido alguna vez un derrame cerebral?	☐	☐	
¿Ha tenido pérdida de fuerza en algún miembro o dificultad en el habla?	☐	☐	
¿Tiene hernia hiatal o reflujo?	☐	☐	
¿Tiene o ha tenido hepatitis o enfermedades del hígado?	☐	☐	
¿Tiene usted algún impedimento físico?	☐	☐	
¿Tuvo hemorragias? ¿En qué situación?	☐	☐	
¿Estuvo alguna vez anémico?	☐	☐	
¿Se negaría a ser transfundido si hubiese necesidad?	☐	☐	
¿Tiene o ha tenido cáncer?	☐	☐	
¿Tiene HIV?	☐	☐	
¿Tiene o tuvo alguna otra enfermedad importante que no ha sido enumerada?	☐	☐	

Enumere los remedios que está tomando y las dosis, aunque sean medicamentos comprados sin receta. Ej. Aspirina

¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación referente a su operación o anestesia?	☐	☐

He leído y comprendido el cuestionario y certifico que las respuestas son correctas, a mi entender.

Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha