

Unidad de Gestión Clínica
Anestesiología y Reanimación.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

CUESTIONARIO ANESTESICO

Nombre:.....

Edad:..... Peso:..... Talla:..... Fecha:.....

Por favor, marque con un círculo la respuesta adecuada. Si no entiende alguna pregunta, déjela en blanco.

1. SI NO ¿Tiene usted dentadura postiza extraíble?
2. SI NO ¿Es usted fumador?
3. SI NO ¿Consume bebidas alcohólicas?
4. SI NO ¿Consume algún tipo de droga?
5. SI NO ¿Le duele la cabeza con frecuencia?
6. SI NO ¿Ha perdido alguna vez el conocimiento?
7. SI NO ¿Es epiléptico o ha tenido alguna vez convulsiones?
8. SI NO ¿Ha sufrido un ataque cerebral o parálisis de alguna parte de su cuerpo?
9. SI NO ¿Padece de tensión arterial elevada?
10. SI NO ¿Ha notado palpitaciones en el corazón?
11. SI NO ¿Ha tenido algún ataque al corazón?
12. SI NO ¿Ha tenido angina, infarto de miocardio o dolor en el pecho?
13. SI NO ¿Utiliza más de una almohada para dormir?
14. SI NO ¿Se hinchan los pies?
15. SI NO ¿Tiene alguna enfermedad de válvula cardíaca?
16. SI NO ¿Lleva puesto un marcapaso?
17. SI NO ¿Es alérgico? Escriba los productos:
18. SI NO ¿Padece de asma?
19. SI NO ¿Tose o expectora con frecuencia?
20. SI NO ¿Ha tenido alguna vez neumonía?
21. SI NO ¿Ha tenido alguna vez tuberculosis?
22. SI NO ¿Ha tenido fiebre, escalofríos o tos durante las dos últimas semanas?
23. SI NO ¿cuántos pisos puede subir sin tener necesidad de detenerse para descansar?
24. SI NO ¿Padece de úlcera duodenal o de estómago?
25. SI NO ¿Tiene ardores de estómago frecuentes después de comer o cuando se acuesta?
26. SI NO ¿Alguna vez le han dicho que tiene una hernia hiatal?
27. SI NO ¿Tiene o ha tenido Hepatitis o se ha puesto amarillo?
28. SI NO ¿Tiene algún problema de riñón o de orina?
29. SI NO ¿Padece usted de Diabetes o azúcar alto o bajo?
30. SI NO ¿Tiene usted algún problema de tiroides o bocio?
31. SI NO ¿Es usted excesivamente nervioso o padece de insomnio?
32. SI NO ¿Padece usted de anemia?
33. SI NO ¿Le aparecen moretones o sangra con mayor frecuencia que otras personas?
34. SI NO ¿Está embarazada o puede estarlo?
35. SI NO ¿Tiene algún problema de columna?
36. SI NO ¿Tiene usted algún defecto físico? ¿Cuál?
37. SI NO ¿Le han operado alguna vez? ¿De que?..... Cuando?.....
38. SI NO ¿usted o alguien de su familia ha tenido problemas con la anestesia?
39. SI NO ¿En alguna ocasión le han puesto sangre?
40. SI NO ¿Consume aspirinas o anticoagulantes?
41. SI NO ¿Consume medicamentos para los nervios? Cual: