



Petición Analítica Ekg RX Taló PC Qno Cancelado

Estimado paciente: Le rogamos que **lea detenidamente este cuestionario** y **conteste las preguntas** rodeando la respuesta correcta.
Ejemplo: No. Si lo necesita, utilice el espacio disponible a la derecha de cada pregunta. **Escriba con MAYÚSCULAS y letra clara.**

Don/doña : _____
Domicilio : _____
Ciudad : _____ C.P.: _____ Prov.: _____
Teléfonos : _____ Móvil _____
Compañía : _____
Nº Asegur. : _____
Profesión : _____

DNI nº: _____
E. Civil : Casado Separado Soltero Viudo
Fecha Nac. : _____
Edad : _____ años Peso : _____ kg Altura : _____ cm
Sexo : Varón Mujer Grupo sanguíneo : _____
Cirujano o Médico que le envía: _____
Fecha Consulta: _____ Fecha Interv y/o Parto: _____

Proceso Médico Actual (motivo de operación) : _____

Intervención Prevista : _____

NO ¿Ha estado anteriormente en nuestra consulta? **Sí** ¿Por qué? _____
NO ¿Fuma o ha fumado? **Sí** ¿Cuánto? _____ cigarrillos al día. **Si ya no fuma, ¿desde cuándo?** _____
NO ¿Consume Alcohol a diario? **Sí** ¿Cuánto? _____ Si ya no bebe, **¿desde cuándo?** _____
NO ¿Consume frecuentemente **Drogas o estupefacientes**? **Sí** ¿Cuáles y cuanto? _____
NO ¿Realiza **Ejercicio físico**? **Sí**. ¿Con qué frecuencia? Diariamente, 3 veces en semana, 1 vez a la semana, Irregularmente
NO ¿Tiene **Alergia** a alguna sustancia? **Sí** ¿A cuáles? _____
NO ¿Toma habitualmente **Medicamentos**? **Sí**. Señale cuáles y las dosis ayudándose del recuadro inferior _____
NO ¿Toma habitualmente **Aspirina** o similares? **Sí** ¿Para qué? _____
NO ¿Ha estado **Hospitalizado**? **Sí**. ¿Por qué? _____
NO ¿Le han **Operado**? **Sí** ¿Qué operaciones? _____
NO ¿Le han **Anestesiado**? **Sí** ¿Qué tipo de anestesia y número? Local () General () Epidural () Otras () _____
NO ¿Ha tenido Vd. **Problemas con la Anestesia**? **Sí** ¿algún familiar? **Sí** ¿qué problema? _____
NO ¿Ha padecido **Arritmias cardiacas** o **palpitaciones**? **Sí** ¿**Soplos cardiacos**? **Sí** _____
NO ¿Se fatiga o siente **Ahogo al caminar rápido** o al **subir más de dos pisos**? **Sí** _____
NO ¿Se le **hinchán los Tobillos**? **Sí** ¿Tiene **Varices**? **Sí** ¿**Flebitis**? **Sí** ¿**Trombosis**? **Sí** ¿**Úlceras**? **Sí** _____
NO ¿Tiene o ha tenido la **Tensión Arterial alta**? **Sí** _____ **P.A.** ____ / ____ **F.C.** ____
NO ¿Padece o ha padecido **Asma**? **Sí** _____
NO ¿Sufre **Bronquitis** frecuentes? **Sí** ¿y **Pulmonías**? **Sí** _____
NO ¿Ha sufrido **Gastritis**? **Sí** ¿**Úlcera** de estómago? **Sí** ¿**Úlcera** de duodeno? **Sí** _____
NO ¿Sufre o ha sufrido **Pérdidas de conocimiento**? **Sí** _____
NO ¿Ha tenido ataques **Epilépticos**? **Sí** ¿Desde cuando **NO** los ha tenido? _____
NO ¿Sufre o ha sufrido **Mareos**? **Sí** ¿y **jaquecas**? **Sí** ¿**Hemorragia** o **Trombosis cerebral**? **Sí** _____
NO ¿Tiene la **Tensión ocular alta**? **Sí** ¿**Cataratas**? **Sí** ¿Usa **gafas** o **lentes** de contacto? **Sí** _____
NO ¿Sufre **Depresión**? **Sí** ¿**Ansiedad**? **Sí** ¿Desde cuándo? _____
NO ¿Sufre **Infecciones de riñón**? **Sí** ¿de **Orina**? **Sí** ¿**Dolor de riñón**? **Sí** ¿**Problemas con la Próstata**? **Sí** _____
NO ¿Le salen **Cardenales** con facilidad? **Sí** Cuando se corta, ¿**Tarda mucho** en dejar de salir la sangre? **Sí** _____
NO ¿Ha tenido **Anemia**? **Sí** ¿**Hemorragias**? **Sí** ¿Por qué? _____
NO ¿Le han **Transfundido sangre**? **Sí** ¿Por qué? _____
NO ¿Padece **Diabetes**? **Sí** ¿**Colesterol**? **Sí** ¿**Bocio** o **Enfermedad de Tiroides**? **Sí** _____
NO ¿**Está Embarazada**? **Sí**. ¿**Podría** estar embarazada en este momento? **Tal vez** _____ **Fecha de última regla:** _____
NO ¿Ha estado **Embarazada**? **Sí** ¿Cuántos embarazos _____ ¿cuántos partos? _____ ¿normales? **Sí - NO** _____
NO ¿Padece **Artrosis, Reuma** o **Artritis**? **Sí** ¿Ha sufrido **Fracturas** o **Accidentes**? **Sí** _____
NO ¿Ha padecido **Hepatitis** o **Ictericia**? **Sí** ¿qué tipo de Hepatitis? _____
NO ¿Ha sufrido **Infecciones graves** (Tifus, Tuberculosis, Amigdalitis, SIDA)? **Sí** ¿Cuáles? _____
NO ¿Tiene **Dificultad** para abrir la boca o mover el cuello? **Sí** ¿Usa **dentadura postiza**? **FLJA:** Arriba-Abajo **MÓVIL:** Arriba-Abajo
NO ¿Tiene colocado algún **piercing**? **Sí** ¿Tiene tatuajes? **Sí** _____

NOTA: En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O. 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Preoperatorios Granada S.L. cuya finalidad exclusiva es la prestación de un servicio médico a los pacientes y la gestión administrativa necesaria para dicho servicio. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L.O. 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a PREOPERATORIOS GRANADA S.L., Nuestra Señora de La Salud nº 3, Local 19 (18104, Granada), o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

Fdo: El paciente

A rellenar por el médico:

Exploración física:

A.C.R.:

- MV Conservado
- TP y R. No soplos

Aspecto externo:

Exámenes complementarios:

Hto: _____ **Hb:** _____ **Hties:** _____
TC: _____ **TH:** _____ **Glu:** _____
Prot T: _____ **GOT:** _____ **GPT:** _____

EKG: Patológico RS a lpm. Compatible con la normalidad

Rx Tórax: Patológico No se observan signos patológicos

Premedicación e indicaciones:

Via AEREA:

Apertura bucal: <4 cm >4cm

M-T: >5cm <<5 cm

Dificultad a la intubación:

Normal

Mallampati: 1 2 3 4

Cuello: Normal Corto Limitado Fijo

Leve Moderada EXTREMA

TP:

Na:

K:

TTPA:

K:

Espacio reservado para reseñar la medicación actual (nombres y dosis):

ASA: 1 2 3 4 5 E

Pendiente: Analítica EKG Rx tórax Otros