



**CUESTIONARIO PREANESTÉSICO**

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 de 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:**

**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