

CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

NHC: _____ (a rellenar por la clínica)

Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Fecha nacimiento:	Peso:
Teléfono:	Dirección:	CP:

LÉALO CON ATENCIÓN

Para facilitar la evaluación de su estado actual de salud le pedimos que complete el siguiente cuestionario. Se trata de unas preguntas sencillas con respuestas tipo SI / NO que deberá marcar con un círculo sobre la que crea más adecuada. En el caso que no sepa responder, no se preocupe, ya que lo podrá completar con el anestesta.

- ¿Padece alguna enfermedad en el momento actual? NO SI ¿Cuál?
- ¿Es **alérgico** a algún medicamento o alimento? NO SI ¿Cuál?
- ¿Le han **operado** alguna vez? NO SI

Operación	Tipo Anestesia	Año	Operación	Tipo Anestesia	Año

- ¿Tuvo problemas con la anestesia? NO SI

5. Escriba los **medicamentos** que toma:

- ¿Tiene la **Tensión Arterial** alta? NO SI
- ¿Tiene palpitaciones? NO SI
- ¿Padece del corazón (infarto, angina, soplo)? NO SI

- ¿Lleva marcapasos? NO SI
7. ¿Fuma? NO SI Hace___Años
- ¿Cuántos cigarrillos? 0-10 10-30 >30
- ¿Tose habitualmente? NO SI
- ¿Tiene bronquitis, asma o pitos en el pecho? NO SI
- ¿Tiene apneas del sueño? NO SI
8. ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón? NO SI
9. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado? NO SI
- ¿Bebe habitualmente alcohol? NO SI
- ¿Padece ulcera, acidez o hernia de hiato? NO SI
10. ¿Ha tenido problemas de tiroides? NO SI
- ¿Padece **diabetes**? NO SI
11. ¿Ha tenido algún problema neurológico? NO SI
- ¿Ha tenido convulsiones o pérdida de conocimiento? NO SI
12. ¿Tiene algún problema reumatológico: artritis, espondilitis..? NO SI
13. ¿Sangra fácilmente por encías, nariz o heridas? NO SI
- ¿Toma Sintrom®, Adiro®, Plavix® u otro medicamento para la circulación sanguínea? NO SI
14. ¿Está o puede estar embarazada? NO SI
15. ¿Tiene actualmente una enfermedad infecciosa: Hepatitis, SIDA? NO SI

Autorizo a ANESAFE SLP a la inclusión de mis datos personales recogidos en la presente ficha, en un fichero sometido a la normativa establecida por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. ANESAFE SLP, garantiza que estos datos no se utilizarán ni serán transmitidos a terceros. Si desea consultar, modificar o cancelar sus datos puede dirigirse a ANESAFE SLP. Paseo de la Castellana, 190 12-C. 28046 (Madrid) o anesafe@anesafe.com.

Fecha y Firma: