

Nombre del paciente: _____

Fecha de la cirugía/procedimiento: _____

Patient Label

Formulario de Admisión de antecedentes del paciente

1. ¿A qué número de teléfono podemos llamarle la noche antes de su cirugía/procedimiento?

¿Está bien si dejamos un mensaje en su teléfono? Sí No

2. ¿Quién está completando este formulario? _____

3. ¿Quién le traerá al hospital? _____

4. ¿Quién es su contacto en caso de emergencia?

Nombre y número de teléfono: _____

5. Indique el nombre y el número de teléfono de la persona que le llevará a su casa cuando se le dé el alta. _____

¿Ayudará esta persona a cuidar de usted cuando llegue a su casa? Sí No

Si no es así, indique el nombre y el número de teléfono de quien ayudará a cuidarle.

ALERGIAS: _____

6. Para mujeres en edad reproductiva (12 a 55 años) N/A

¿Está embarazada?

Posible no confirmado

Premenopáusica

Negativo confirmado

Postmenopáusica

Positivo confirmado

No se pudo obtener

Fecha probable de parto _____

Dio a luz durante esta visita

Histerectomía

Otro _____

No ha comenzado a menstruar

Primer día de su último período menstrual _____ Desconocido

¿Está amamantando actualmente? Sí No

7. ¿Cuánto mide? _____

8. Indique cualquier problema de salud que tenga o que haya tenido en el pasado. Explique cualquier respuesta en la que haya indicado "Sí". Sí No

Corazón (presión arterial, arritmia, historial de cirugía de corazón) _____

Pulmón (CF; asma) _____

Ojos/oidos/nariz/garganta _____

¿Le han dicho que ronca fuerte?

Mide su cuello más de 17 pulgadas?

¿Se siente con frecuencia cansado y somnoliento durante el día?

Diabetes _____

Enfermedad de la tiroides/endocrina _____

Problemas hepáticos/hepatitis _____

Acidez estomacal frecuente _____

Intestinos/estómago (Enfermedad de Crohn, Síndrome del intestino irritable (IBS), Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD)) _____

Riñón/vejiga/incontinencia _____

Anemia _____

Trastorno de sangrado/coagulación _____

Enfermedad autoinmune (artritis reumatoide, sarcoidosis, lupus, etc.) _____

Infecciones (VIH, enfermedad de Lyme, estafilococo aureus resistente a la meticilina (MRSA), TB, etc.) Enumere: _____

Estas son preguntas de evaluación para la Apnea del sueño, también conocida como "Apnea obstructiva del sueño" (Obstructive Sleep Apnea, OSA).

Nombre del paciente: _____

Patient Label

Fecha de la cirugía/procedimiento: _____

Problemas de salud (continuación) Explique cualquier respuesta en la que haya indicado "Sí".

Sí No

- Piel _____
- Huesos/articulaciones/músculos (artritis, osteoporosis, dolor de espalda, fibromialgia) _____
- Neurológico (trastorno de déficit de atención(ADD), esclerosis múltiple (MS), depresión ligera (MD), parálisis cerebral (CP), Alzheimer, Parkinson, migrañas, entumecimientos, etc.) _____
- Cáncer _____
- Psiquiátrico (depresión, ansiedad, bipolar, trastorno de estrés postraumático (PTSD), esquizofrenia) _____
- ¿Alguna vez le han dicho que es alérgico al látex (globos, guantes, condones: no adhesivos) o tuvo alguna reacción a los productos de látex? Si su respuesta es Sí, indique sus síntomas de alergia. _____
- ¿Alguna vez en el pasado le administraron anestesia/sedantes? _____

9. Indique todas las cirugías/procedimientos y las fechas.

10. Indique cualquier antecedente médico familiar (parientes de consanguinidad) sobre los que debemos saber para brindarle atención durante esta admisión.

11. ¿Ha tenido usted o cualquier pariente de consanguinidad alguna de las siguientes reacciones a la anestesia?

Sí No

	Usted mismo	Pariente de consanguinidad	Comentarios
Alta temperatura causada por la anestesia			
Lento para volver a tener movimiento muscular (Deficiencia de pseudocolinesterasa)			
Náuseas y/o vómitos graves después de la anestesia			
Le dijeron que fue difícil colocar el tubo de respiración en sus vías respiratorias			
Confusión prolongada después de la anestesia			
Cambio significativo en la presión arterial			
Mareo por movimiento			

Sí No

- ¿Está dispuesto a recibir sangre/productos derivados de la sangre en caso de una emergencia?
- ¿Ha donado sangre usted o alguien más para que se le administre a usted durante esta admisión? Yo mismo Alguien más
- ¿Ha recibido en el pasado una transfusión de sangre?
- Si su respuesta es sí, ¿ha tenido alguna reacción a la transfusión? Si su respuesta es sí, describa detalladamente

Nombre del paciente: _____

Patient Label

Fecha de la cirugía/procedimiento: _____

12. ¿Usa o alguna vez ha usado alguno de los siguientes? Sí No

	¿De qué clase? ¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
Productos derivados del tabaco		
Alcohol		
Tratamientos médicos alternativos (acupuntura, terapia a base de hierbas, etc.)		
Drogas recreativas		

13. ¿Cuál es el idioma de preferencia del paciente? _____

¿Cuál es el idioma de preferencia del encargado del cuidado? _____

14. Indique cualquier otro idioma en el que usted o su encargado del cuidado se sientan cómodos para hablar.

15. ¿Necesita un intérprete? Sí No

16. Marque todo lo que tenga/use en la actualidad:

Anteojos

Lentes de contacto

BiPAP/CPAP

Piezas dentales extraíbles (dentaduras postizas)

Andador/bastón/muletas/silla de ruedas

Prótesis extraíble

Oxígeno en el hogar

Aparato auditivo derecho/izquierdo/ambos

Marcapasos y/o desfibrilador

Si su respuesta es sí, nombre del médico que lo atiende a usted y a su dispositivo

17. ¿Tiene alguna restricción con la dieta? Sí _____ No

18. ¿Tiene alguna creencia cultural, étnica o religiosa que sea necesario incluir en su atención o educación mientras esté en el hospital? Sí (describa) _____ No

19. Mientras esté en el hospital, ¿cómo aprenderá mejor sobre su cirugía/procedimiento?

	Hacer	Leer	Escuchar	Ver	Comentario
Paciente					
Persona encargada del cuidado/familia					

20. ¿Tiene algún obstáculo para el aprendizaje? Sí No Audición Idioma Visual Ansiedad Analfabetismo

21. ¿Tiene su encargado del cuidado algún obstáculo para el aprendizaje? Sí No Audición Idioma Visual Ansiedad Analfabetismo

22. ¿Alguna vez ha promulgado algo de lo siguiente?

Instrucciones médicas a los médicos Sí No

Poder legal médico Sí No Si su respuesta es Sí, nombre y número de teléfono del apoderado médico

Declaración para tratamiento de salud mental Sí No

Donación de órganos/tejidos Sí No

Si ha promulgado algo de lo anterior, tráigalo con usted al hospital el día de su cirugía/procedimiento.

23. Prueba de evaluación: ¿Tiene:

sudores nocturnos? Sí No

tos persistente con sangre? Sí No

fiebre/escalofríos? Sí No

24. ¿Ha viajado fuera del país en los últimos tres meses? Sí No

Si viajó, ¿a dónde? _____