

Cuestionario Pre-anestésico SEDATIUM

Este cuestionario tiene como finalidad obtener **información médica** sobre sus posibles enfermedades, cirugías previas y tratamientos farmacológicos que usted esté tomando en la actualidad. Dicha información será posteriormente evaluada y contrastada por el equipo médico de SEDATIUM para establecer su **estado de salud** y planificar el tipo de sedación más adecuado para usted.

Responda **SI / NO** a cada pregunta, rodeando con un círculo la respuesta. En caso afirmativo (SI) añada si lo cree conveniente un pequeño comentario.

Edad (años): _____ Peso (Kg): _____ Altura (metros): _____

1. Tiene ALÉRGIA a algún medicamento? **SI / NO**
2. Toma medicación para el control de la Tensión Arterial? **SI / NO**
3. Tiene palpitaciones? **SI / NO**
4. Ha tenido angina de pecho, infartos o soplos en el corazón? **SI / NO**
5. Le han operado alguna vez del corazón, le han puesto marcapasos o stentcoronario? **SI / NO**
6. Necesita dormir con más de una almohada, se ahoga al subir muchas escaleras? **SI / NO**
7. Tiene en ocasiones un dolor opresivo en el pecho en reposo o cuando sube escaleras? **SI / NO**
8. Fuma? Cuantos cigarrillos? **SI / NO**
9. Tose habitualmente? **SI / NO**
10. Tiene asma, bronquitis o pitidos en el pecho de forma habitual? **SI / NO**
11. Ronca, tiene apneas cuando duerme? **SI / NO**
12. Ha tenido alguna enfermedad en el riñón? Cual? **SI / NO**
13. Ha tenido hepatitis o alguna enfermedad del hígado? **SI / NO**
14. Bebe alcohol habitualmente? Qué cantidad? **SI / NO**
15. Padece de úlcera o hernia de hiato? **SI / NO**
16. Ha tenido alguna enfermedad en el tiroides? **SI / NO**
17. Tiene diabetes (azúcar alto en sangre)? **SI / NO**
18. Ha tenido un ictus o embolia cerebral? **SI / NO**
19. Ha tenido convulsiones o pérdida brusca de la consciencia? **SI / NO**

- 20. Sufre de migraña o dolor de cabeza habitualmente? **SI / NO**
- 21. Ha visitado alguna vez al Psiquiatra? **SI / NO**
- 22. Le sangran las encías, la nariz o las heridas con facilidad? **SI / NO**
- 23. Toma algún medicamento para la coagulación de la sangre (anticoagulante o antiagregante)? **SI / NO**
- 24. Tiene anemia habitualmente? **SI / NO**
- 25. Le han transfundido sangre alguna vez? **SI / NO**
- 26. Es alérgico a los guantes o productos con latex? **SI / NO**
- 27. En la actualidad tiene alguna enfermedad infecciosa: SIDA, tuberculosis? **SI / NO**
- 28. Le han operado en alguna ocasión? De qué? **SI / NO**

A continuación escriba los medicamentos que toma actualmente:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____

Comentarios: