

- Marque la casilla si ha tenido problemas anteriormente o encierre en un círculo la palabra si son afecciones actuales. (Hay más espacio disponible al dorso si lo necesita)
 

<input type="checkbox"/> Angina o dolor de pecho (¿cuándo? _____)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica
<input type="checkbox"/> Infarto (¿cuándo? _____)	<input type="checkbox"/> Hernia de hiato, acidez estomacal o reflujo	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca (¿cuándo? _____)	<input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> Apoplejía o ataque isquémico transitorio
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (¿cuándo? _____)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/> Uso de drogas recreativas
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Desvanecimiento
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Asma o sibilancias	<input type="checkbox"/> Prótesis dental o puentes
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática o problema de válvulas	<input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño	<input type="checkbox"/> Dientes flojos o coronados
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Movimientos de cuello limitados o trastorno de la ATM
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Implante de lentillas o trasplante de córnea
<input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Claustrofobia	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o problemas no listados
- Indique cualquier operación previa: \_\_\_\_\_
- ¿Usted o alguno de sus familiares tuvo algún problema con una anestesia o cirugía? \_\_\_\_\_
- Indique todos los medicamentos (con sus dosis) que toma diariamente: \_\_\_\_\_
- Indique todas sus alergias a los medicamentos: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún antecedente de alergia al látex (goma)?  sí  no
- ¿Fuma? De ser así, ¿cuánto por día y hace cuántos años? \_\_\_\_\_  
Si dejó de fumar, ¿cuándo fue? \_\_\_\_\_
- ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si es así, ¿cuánto por semana? \_\_\_\_\_
- Para las pacientes mujeres, ¿está embarazada? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo fue su última menstruación? \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente está resfriado? \_\_\_\_\_
- ¿Existe alguna otra información que considere que el anestesiólogo deba saber? \_\_\_\_\_

Firma/ Signature \_\_\_\_\_ Fecha/ Date \_\_\_\_\_

↓↓↓ NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA ↓↓↓

**Preoperative Chart Review**

Proposed Procedure: \_\_\_\_\_  
 Pertinent Medical History: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Labs: N/A Date Drawn: \_\_\_\_\_  
 HCT/CBC: N/A WNL Pending ABN: \_\_\_\_\_  
 Chemistry: N/A WNL Pending ABN: \_\_\_\_\_  
 EKG: N/A WNL NSST'S Pending ABN: \_\_\_\_\_  
 CXR: N/A WNL Pending ABN: \_\_\_\_\_  
 Other Tests: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anesthetic Plan to be determined after evaluation and consultation with the patient on the day of the surgery.

MD/DO \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

**Day of Surgery Evaluation:**

Patient identified, examined and chart reviewed  
 NPO: Confirmed Unknown **Full Stomach**  
 GER: None Occasional Frequent Reflux **Has Symptoms Now**  
 Cardiac History: None Atypical Chest Pain Suspicious **Angina**  
 Family History of MH: None Unknown Suspicious **Positive**  
 Physical Exam; Airway; MP Class I II III IV  
 Thyromental Distance: >3fb <3fb No Chin  
 Neck Extension: Excellent Adequate Reduced Poor  
 Heart: RRR, no murmur ABN: \_\_\_\_\_  
 Lungs: Clear, Bilat BS ABN: \_\_\_\_\_  
 Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anesthetic Plan: GA Regional MAC IV Sedation Local  
 Proposed plan explained, relevant risks reviewed, informed consent obtained. Patient agrees to proceed. ASA I II III IV V E

MD/DO \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

**Recovery Room and Discharge Evaluation**

**Blood Pressure** \_\_\_\_\_ **Stable**  
**Pulse** \_\_\_\_\_ **Stable**  
**Respiration** \_\_\_\_\_ **Adequate**  
**Discharge To: Home SDS PEDS ICU MWH SH**  
 Time of Discharge Evaluation: \_\_\_\_\_

Remarkable Events in the Recovery Room: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 MD/DO \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION  
 1 ¼" X

Use el siguiente espacio para brindar información adicional



0 R 4 2 2 0



Mary Washington Healthcare

**Cuestionario de salud anestésica de MWHC**

**MWHC Anesthetic Health Questionnaire**

FR-670-MHS Rev 1/2010

PATIENT IDENTIFICATION  
1 ¼" X