

ENCUESTA DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE PAD/PAQUETE

Importante la información que usted entregara es una declaración de salud, por lo que según la Ley n°20.584 de Derechos y deberes del paciente, es su deber como paciente entregar información veraz de su estado de salud. Esta encuesta busca conocer su historial médico par disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la cirugía y debe ser entregada a la Enfermera en su evaluación quirúrgica junto a los exámenes solicitados por el médico.

Estamos al servicio de su seguridad

Nombre:	Edad:
Rut:	Teléfono:
Médico tratante:	Peso/Estatura:
Cirugía a realizar:	IMC:
Nombre acompañante:	Teléfono:

Fuma	Si	No	Cuanto/Día	1 a 10	11 a 20	más de 20
Bebe alcohol	Si	No	Cantidad			
Drogas	Si	No	¿Cuál? Cantidad/día			

Antecedentes, marque su respuesta con una X	Si	No	Antecedentes, marque su respuesta con una X	Si	No
Hipertensión arterial			Posibilidad de embarazo		
Diabetes			¿Ronca?		
Resistencia a la insulina			¿Tiene dientes sueltos?		
Cardipatias, arritmia, infarto, etc			¿Usa prótesis dental?		
Enfermedades al pulmón Ej: asma			¿Tiene dificultad en la marcha?		
Hipotiroidismo			¿Utiliza audifonos?		
Enfermedad psiquiátrica			¿Utiliza lentes ópticos?		
Enfermedad renal					
Epilepsia			ALERGIAS	Si	No
Hepatitis			Medicamentos		
VIH positivo			Alimentos		
Enfermedad de coagulación			Latex		
Cáncer ¿Cuál? _____			Metal		
Otros ¿Cuál? _____			Otros		

Medicamentos en uso: por ejemplo aspirina, losartan, enalapril, metformina, insulina, ginkgo biloba, anticoagulante, etc		
Nombre	Dosis	Número de veces que lo toma al día

Cirugías previas (Describe)	Año	
Historia personal o familiar de problemas con la anestesia	Si	No
Quén, Parentezco _____		
Con qué tipo de anestesia _____		

Hemograma	Hb	TTPK	Protrombina	Glicemia	HbA1c
Creatininemia	N.Urético	Uremia	Orina	Grupo RH	ECG:

Requiere donantes	
Presión Arterial	
Observaciones Enfermería :	
Nombre y Firma enfermera	

Firma Paciente o representante legal

Fecha: / /