Machine Translated by Google



DR. SPENCER WADE PLLC
DENTIST ANESTHESIOLOGIST

Formulario de historial médico de anestesia

Información para el paciente

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico:_____

Peso aproximado (libras)_____ Altura aproximada (pulgadas)_____

1. Alergias:
   - o ¿Tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, látex, cinta adhesiva u otras sustancias? (Marque una): Sí / No
   - o En caso afirmativo, por favor _____

enumere: 2. Medicamentos actuales:

- o Enumere todos los medicamentos recetados, inhaladores, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

3. Historial de cirugías y anestesia previas:
   - o Enumere todas las cirugías anteriores y las fechas (si se conocen): _____
   - o ¿Alguna vez ha tenido complicaciones con la anestesia? (Marque una): Sí / No
   - o Si es así, describa: o ¿Alguien en _____ su familia ha tenido complicaciones con la anestesia? (Marque una): Sí / No
   - o En caso afirmativo, describa: _____

4. Estilo de vida y hábitos:
   - o ¿Fuma o usa productos de tabaco? (Marque una): Sí / No
   - o Si es así, ¿cuántos por día? _____
   - o ¿Consume más de cuatro bebidas alcohólicas por semana? (Marque una): Sí / No
   - o Si es así, ¿con qué frecuencia? _____
   - o ¿Consume drogas recreativas? (Marque una): Sí / No
   - o En caso afirmativo, por favor especifique: _____

5. Hospitalizaciones previas:
   - o ¿El paciente ha estado hospitalizado alguna vez? (Marque una): Sí / No
   - o En caso afirmativo, enumere todas las hospitalizaciones anteriores y las fechas (si se conocen):
   - o _____

6. Médicos y especialistas actuales
   - o ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico de atención primaria? (Marque una opción): Sí / No
   - o En caso afirmativo, indique el nombre y el número de contacto_____
   - o ¿Consulta a algún especialista? (Marque una opción): Sí / No
   - o En caso afirmativo, indique el nombre y el número de contacto.

_____
_____
_____
_____

Machine Translated by Google

Nacido	Sí / No
prematuramente ¿Está embarazada o planea quedar embarazada?	Sí / No
¿Es usted capaz de subir un tramo de escaleras sin detenerse?	Sí / No
Síndrome de Down (trisomía 21)	Sí / No
Parálisis cerebral,	Sí / No
presión arterial alta, dolor	Sí / No
en el pecho	Sí / No
Insuficiencia cardiaca	Sí / No
Latidos cardíacos irregulares/soplos cardíacos	Sí / No
Preocupaciones sobre las válvulas cardíacas	Sí / No
Ataque cardíaco previo	Sí / No
Marcapasos/Desfibrilador	Sí / No
Cirugía cardíaca previa	Sí / No
Stents cardíacos	Sí / No
Agrandamiento de las amígdalas	Sí / No
Dificultad para respirar/Dificultad para respirar	Sí / No
Roncar fuertemente por la noche	Sí / No
Necesita siestas frecuentes para sentirse descansado	Sí / No
Apnea obstructiva del sueño	Sí / No
Alergias estacionales	Sí / No
Asma	Sí / No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfisema ¿Necesita	Sí / No
oxígeno suplementario?	Sí / No
Embolia pulmonar Accidente	Sí / No
cerebrovascular	Sí / No
previo Demencia/Alzheimer	Sí / No
Convulsiones o epilepsia	Sí / No
TDAH o autismo	Sí / No
Depresión	Sí / No
Ansiedad	Sí / No
Enfermedad hepática (hepatitis, cirrosis)	Sí / No
Enfermedad renal (insuficiencia renal, cálculos renales)	Sí / No
Enfermedad de la tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo)	Sí / No
Diabético	Sí / No
Trastorno muscular (hipotonía, distrofia muscular, contracturas)	Sí / No
Reflujo ácido	Sí / No
Enfermedad intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)	Sí / No
Trastorno sanguíneo (anemia, talasemia, anemia falciforme)	Sí / No
Trastornos hemorrágicos (Von Willebrand, hemofilia)	Sí / No
VIH o SIDA	Sí / No

¿Alguna otra condición que debamos conocer?_____

Consentimiento y Reconocimiento. Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es precisa y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se utilizará para planificar y brindar atención anestésica segura. Retener cualquier información podría poner en riesgo la seguridad del paciente.

Nombre del paciente:_____

Firma del paciente y/o tutor legal: _____Fecha:_____