



Indiana Office-Based Anesthesia

3750 Guion Road, Suite 225

Indianapolis, IN 46222

p: 317.924.2390

f: 317.924.2391

www.indyoba.com

PROBLEMAS DE SALUD O MEDICAMENTOS QUE USTED ESTÉ TOMANDO PODRÍAN TNER UN EFECTO IMPORTANTE SOBRE LA ATENCIÓN QUE USTED ESTARÁ RECIBIENDO. POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS COMPLETAMENTE COMO SEA POSIBLE, TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL.

HISTORIA DE SALUD

ESTÁ EN BUEN ESTADO DE SALUD? _____ ALTURA _____ PESO _____

HA HABIDO CAMBIOS EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI NO

ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO AHORA? SI NO

EN CASO SI, PARA QUÉ ESTAN TRATANDO ELLOS? _____

HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD, OPERACIONES, O SIDO HOSPITALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? _____

HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN A LA ANESTESIA LOCAL (ES DECIR, NOVOCAINA)? SI NO

EN CASO, POR FAVOR DESCRIBIR _____

HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA REACCIÓN A LA ANESTESIA GENERAL? SI NO

EN CASO, POR FAVOR DESCRIBIR _____

USTED FUNA (ES DECIR, FUMAR CIGARRILLOS)? SI NO EN CASO SI, CUÁNTOS DIA? _____

USTED TOMA (ES DECIR, TOMAR BEBIDA ALCOHÓLIC)? SI NO EN CASO SI, CUÁNTAS AL DIA? _____

HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES	SI	NO	NO SE	HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES	SI	NO	NO SE
ASMA				PROBLEMAS de RIÑÓN			
BRONQUITIS O TOS CRÓNICA				MONONUCLEOSIS CONTAGIOSO			
OTROS PROBLEMAS PULMONARES				IRRITE PROBLEMAS de VESICULA			
SOPLO EN EL CORAZÓN				ARTRITIS/COYUNTURA DENERGRATION			
FIEBRE REUMATICA				COYUNTURAS ARTIFICIALES			
VALVULA ANORMAL de CORAZÓN				ANSIEDAD CRONICA/DEPRESION			
DOLOR DE PECHO, la ANGINA				REFLUJO GASTRICO			
MARCAPASOS CARDIACO				ULCERAS de ESTOMAGO			
CIRUGIA de CORAZÓN				MENTAL HEALTH PROBLEMAS			
INFARTO				CLIC/CEFFRE en las MANDIBULAS			
RITMO IRREGULAR de CORAZÓN				SIDA/VIH			
TENSION ANORMAL				CÁNCER			
GOLPE				RADIACION/QUIMIOTERAPIA			
DESVANECIMIENTOS				ENFERMEDAD del OJO/GLAUCOMA			
ANEMIA				USO de CONTACTA LENTES/GAFAS			
MORETONES FÁCILMENTE/ ANORMAL SANGRADO				ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL			
ALERGIA al POLEN/ PROBLEMAS de SENO				DESORDEN de SISTEMA INMUNOLOGICO			
DIABETES				HIPERTERMIA MALIGNA			
TUBERCULOSIS				HEPATITIS ICTERICIA			
PROBLEMAS de TIROIDES				ENFERMEDAD de HIGADO			
CONVULSIONES/EPILEPSIA				OTRO (DESCRIBA ABAJO)			

**DESCRIBA POR FAVOR _____

MEDICAMENTOS

ABAJO, POR FAVOR DE INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE AHORA ESTÁ TOMANDO:

	MEDICAMENTO	DOSIS	CON QUE FRECUENCIA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ALERGIAS

ERES ALÉRGICO(A) O HA TENIDO/TUVO UNA REACCIÓN A CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:

	SI	NO
ANESTESICOS LOCALES		
PENICILINA O OTROS ANTIBIOTICOS		
La SULFA ENDROGA		
BARBITURICOS, SEDANTES, PILDORAS de DORMIR		
ASPIRINA		
YODO		
CODEINA O OTROS NARCOTICOS		
OTRAS MEDICINAS/MEDICAMENTOS		
ALERGIAS DE OTRA MANERA QUE DROGAS (ALIMENTO, LATEX, ETC.)		

SOLOAMENTE los NIÑO(A)

	SI	NO
SON CORRIENTE de INMUNIZACION		
NIÑO(A) HA VISTO A UN MÉDICO DE FAMILIA O el PEDIATRA		
EN CASO SI, CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ		

SOLOAMENTE las MUJERES

	SI	NO
HAY ALGUNA POSIBILIDAD DE QUE PUEDE SER O SE VAN A QUEDAR EMBARAZADA		
FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		
ESTA USTED LACTANDO		
ESTA USTED TOMANDO PILDORAS ANTICONCEPTIVAS		

.TIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA ANTERIOR. YO NO VOY HACER A NINGUN MIEMBRO DE ESTE PERSONAL RESPONSIBLE DE CUALQUIER ERROR O OMISIONES QUE YO HA HECHO DURANTE LA TERMINACION DE ESTA FORMA.

___ / ___ / ___

FIRMA de PADRE O TUTOR LEGAL _____

IOBA42017