

Fecha de hoy: _____ Hora de hoy: _____ Fecha de la cirugía: _____ Idioma de preferencia: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____			Marque su vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre biológico o adoptivo <input type="checkbox"/> Representante legal (necesita documentos aprobados o la orden del tribunal para la cirugía)			
Procedimiento que se realizará: _____ Nombre del cirujano o médico: _____			Alergias a alimentos o medicamentos:	Reacción:		
PROBLEMAS CON LA ANESTESIA						
<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SÍ Explique los problemas que el NIÑO/A ha tenido con la anestesia:						
<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> SÍ Explique los problemas que la FAMILIA ha tenido con la anestesia:						
			<input type="checkbox"/> LÁTEX			
			Indique todos los medicamentos que toma su hijo/a: <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿SU HIJO/A HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?		NO	SÍ	EXPLICACIÓN DE LA AFECCIÓN:		
Bronquitis, neumonía, influenza, virus respiratorio sincitial o COVID durante las últimas 4 semanas (especifique)						
Problemas respiratorios						
Asma o sibilancias						
En caso AFIRMATIVO, ¿se han administrado esteroides orales en el último año?						
Ronquidos (especificar con pausas respiratorias)						
Gripe o tos durante las últimas 4 semanas						
Fiebre recientemente						
Dolores de oído o infecciones						
Problemas para tragar						
Vómitos o diarrea recientemente						
Prematuridad o trastornos congénitos						
Trastornos genéticos						
Anomalía o soplo cardíaco						
Problemas de tiroides						
Nivel de azúcar en sangre alto o bajo						
Convulsiones						
Antecedentes de cáncer						
Problemas renales o urinarios						
Problemas hepáticos						
Sangrado excesivo o anemia, testigos de Jehová (firmar consentimiento para la atención médica sin sangre)						
Debilidad o entumecimiento muscular o parálisis						
Dolor en las articulaciones o deformidad ósea						
Llagas, heridas o sarpullidos cutáneos						
Coronas dentales o dientes flojos, frenillos o retenedores						
Problemas de comportamiento, retraso del desarrollo, autismo						
Implantes de metal o cardíacos/ Derivaciones/ Estimuladores						
Exposición al humo de productos de Tabaco/ Vapear, drogas recreacionales (cigarrillos electrónicos)						
Otro: (especifique)						
Firma del representante legal: _____			Nombre del representante legal en letra de imprenta: _____		Fecha: _____	Hora: _____



PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT – SPANISH



1250

PATIENT LABEL