

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	
¿SU HIJO/A HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?			Indique todos los medicamentos que toma su hijo/a: <input type="checkbox"/> Ninguno	
	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