

CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

NHC: _____ (a rellenar por la clínica)

Nombre:	Apellidos:	
DNI:	Fecha nacimiento:	Peso:
Teléfono:	Dirección:	CP:

LÉALO CON ATENCIÓN

Para facilitar la evaluación de su estado actual de salud le pedimos que complete el siguiente cuestionario. Se trata de unas preguntas sencillas con respuestas tipo SI / NO que deberá marcar con un círculo sobre la que crea más adecuada. En el caso que no sepa responder, no se preocupe, ya que lo podrá completar con el anestesista.

- ¿Padece alguna enfermedad en el momento actual? NO SI ¿Cuál?
- ¿Es **alérgico** a algún medicamento o alimento? NO SI ¿Cuál?
- ¿Le han **operado** alguna vez? NO SI

Operación	Tipo Anestesia	Año	Operación	Tipo Anestesia	Año

- ¿Tuvo problemas con la anestesia? NO SI

5. Escriba los **medicamentos** que toma:

- ¿Tiene la **Tensión Arterial** alta? NO SI

¿Tiene palpitaciones? NO SI

¿Padece del corazón (infarto, angina, soplo)? NO SI

¿Lleva marcapasos? NO SI

- ¿Fuma? NO SI Hace ___ Años

¿Cuántos cigarrillos? 0-10 10-30 >30

- | | |
|---|-------|
| ¿Tose habitualmente? | NO SI |
| ¿Tiene bronquitis, asma o pitos en el pecho? | NO SI |
| ¿Tiene apneas del sueño? | NO SI |
| 8. ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón? | NO SI |
| 9. ¿Ha tenido hepatitis u otra enfermedad del hígado? | NO SI |
| ¿Bebe habitualmente alcohol? | NO SI |
| ¿Padece úlcera, acidez o hernia de hiato? | NO SI |
| 10. ¿Ha tenido problemas de tiroides? | NO SI |
| ¿Padece diabetes ? | NO SI |
| 11. ¿Ha tenido algún problema neurológico? | NO SI |
| ¿Ha tenido convulsiones o pérdida de conocimiento? | NO SI |
| 12. ¿Tiene algún problema reumatológico: artritis, espondilitis..? | NO SI |
| 13. ¿Sangra fácilmente por encías, nariz o heridas? | NO SI |
| ¿Toma Sintrom®, Adiro®, Plavix® u otro medicamento para la circulación sanguínea? | NO SI |
| 14. ¿Está o puede estar embarazada? | NO SI |
| 15. ¿Tiene actualmente una enfermedad infecciosa: Hepatitis, SIDA? | NO SI |

En virtud de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, ANESAFE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, S.L. le informa que sus datos personales incorporados en este formulario, serán incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, con la finalidad de comunicarnos con usted para llevar a cabo el mantenimiento y control de la relación de negocio que nos vincula.

Según el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión dirigiéndose por escrito a ANESAFE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, S.L., C/ Monasterio de Liébana, nº 3 C 1º B 28049-Madrid, o al correo electrónico indolora.es@gmail.com.

Fecha y Firma: