

Dr.:..... Fecha:...../...../20.....

CUESTIONARIO DE EVALUACION PREOPERATORIA

Estimado paciente este cuestionario es un documento médico, rellénelo con respuestas exactas. Su finalidad es evaluar su estado general. Tráigalo el día de la cirugía con los demás estudios y valoraciones solicitados para la cirugía.

Nombre y Apellido:.....			
Operación programada:.....			
Edad:..... Peso actual:..... Peso Anterior:..... Altura:.....			
Tuvo o tiene alergias, asma o alguna enfermedad pulmonar? SI - NO ¿Cual? 1)..... 2)..... 3)..... 4)..... 5)..... 6)..... ¿Qué medicación recibió o recibe?..... ¿Fecha del último episodio o ataque?: Mes / Semanas / días:.....			
¿Ha sido operado de algo?	SI	NO	.....
¿De qué, y cuando?.....			.....
¿Recibió Usted anestesia:	General	Local	Regional (raquídea), (peridural), (plexual)
¿Tuvo Usted algún problema con ella?	SI	NO	NO SE
Algún familiar (hermano, padre, madre, primo hermano) lo tuvo?	SI	NO	NO SE
¿Qué problema?.....			.....
¿Tuvo O tiene problemas para respirar o falta de aire?	SI	NO	.....
¿Al correr o subir escaleras?	SI	NO	.....
¿Acostado?	SI	NO	.....
Sentado o acostado?	SI	NO	.....
Fuma	SI	NO	.....
¿Cuántos cigarrillos por día?..... ¿Desde cuando? .....			.....
Tiene tos habitualmente	SI	NO	.....
¿Elimina o expulsa algo cuando tose?	SI	NO	.....
¿Tuvo dolor de pecho, angina o infartos cardiacos?	SI	NO	NO SE
¿Se realizó algún estudio o recibe tratamiento por este motivo? .....			.....
¿Tuvo o tiene palpitaciones arritmias o alguna enfermedad del corazón?	SI	NO	NO SE
¿Cuál? .....			.....
¿Tuvo o tiene presión alta	SI	NO	NO SE
¿Tiene diabetes?	SI	NO	NO SE
¿Que tratamiento realiza?	Dieta	Insulina	Pastillas
¿Ha tenido o tiene enfermedades de los riñones?	SI	NO	NO SE
¿Cuál? .....			.....
¿Tuvo o tiene hepatitis?	SI	NO	NO SE



Consentimiento informado

Este formulario contiene la información que suministra el médico sobre el estado de salud del paciente (el diagnóstico presunto o de certeza), el tratamiento que se aconseja o indica, los beneficios buscados, los riesgos que presenta ese tratamiento, existencia de algún otro tratamiento o de ningún tratamiento, todo ello teniendo en cuenta las situaciones típicas que a la crítica de su praxis profesional considere mas relevante, para finalmente recibir del paciente la aceptación del acto médico y su autorización para llevarlo a cabo o por el contrario su rechazo. El contenido a transcribir en el presente formulario será explicado al paciente en forma clara y comprensible, si este estuviere incapaz de expresar su voluntad, se le explicara a quien lo acompañe sea: representante legal, el apoyo, el cónyuge, conviviente, pariente o allegado.

a. Nombre y apellido:..... Especialidad:..... Matricula:.....

b. Patología informada del paciente por la que solicita la intervención del Anestesiólogo
.....

1. DATOS DEL PACIENTE:

a. Nombre y Apellido..... DNI: Domicilio

b. Localidad..... Provincia TEL/CEL:

c. Estado de salud y Diagnóstico presunto
.....
.....

d. Procedimiento Médico Propuesto
.....
.....

e. Riesgos y molestias típicas, efectos adversos previsibles:
.....
.....
.....

f. informar las posibles alternativas al procedimiento médico propuesto, con sus riesgos, beneficios y perjuicios
permitiendo al paciente decidir y optar

g. Manifestación de aceptación o rechazo expresado por el paciente o responsable indicando con una X su voluntad, y bajo su exclusiva responsabilidad:

g.1: HE COMPRENDIDO LA EXPLICACIÓN Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO ☐

g.2: HE COMPRENDIDO, LA EXPLICACIÓN Y RECHAZO EL PROCEDIMIENTO ☐

h. Observaciones y preguntas formuladas por el paciente, en caso de no existir, manifestar

"NINGUNA"
.....

i. importante: Mediante la firma del presente queda comprendido que el profesional anestesiólogo en su ejercicio tiene para con el paciente una obligación de medios y no de fines, por cuanto no debe ni puede garantizar resultados.

Lugar..... FECHA..... Institución:.....

Firmas (Aclarando Nombre y Apellido debidamente acreditados):

Paciente o familiar o responsable

Anestesiólogo Interviniente

Nº de Matrícula: