

Este cuestionario tiene el objeto de ayudar al personal que brindará asistencia a su hijo para el procedimiento. Nos ayudará a obtener más información sobre sus antecedentes médicos y sus necesidades el día del procedimiento.

Complételo y llévalo a su cita.

Nombre del padre/de la madre: _____ Idioma de preferencia: _____
Tutor legal: _____

Información de contacto:

Teléfono actual – Particular: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Indique la manera en que prefiere el contacto de seguimiento:

Teléfono particular / Celular / Correo electrónico

El número de teléfono anticipado durante la semana anterior a la cirugía es diferente del número indicado arriba: _____

Medicamentos:

Nombre:	Dosis:	Hora del día que se administra el medicamento:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Alergias:

Describe la reacción alérgica:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Antecedentes familiares:

¿Reacciones alérgicas o inusuales a la anestesia de su hijo o un miembro de la familia? No Sí describa:

Antecedentes quirúrgicos/de anestesia del niño:

Procedimiento	Edad al momento de la cirugía	¿Problemas?

Hospitalizaciones en los últimos 12 meses:

Motivo de admisión	Fecha	Hospital

Antecedentes médicos:

	✓	Describa la enfermedad
Enfermedad reciente: Resfrío/gripe		
Resfríos/tos frecuentes		
Nacido prematuro		
Problemas de conducta		
Retraso de desarrollo		
Afección cardíaca		
Afección pulmonar		
Problema en las vías respiratorias o problema para respirar		
Síndrome congénito/genético		
Problemas hepáticos/renales/estomacales		
Problema metabólico/endocrino		
Preocupaciones de posición		

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que el anesestesiólogo deba saber?
(Explique/describa)

Experiencia anterior insatisfactoria con los procedimientos sí/ no (describa)

Ansiedad percibida si no tiene experiencia previa (describa)

¡Gracias por su ayuda al completar este cuestionario!