

Patient Name (이름) \_\_\_\_\_ D.O.B (생일) \_\_\_\_\_

1. 지난 6개월전에 입원하신적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

2. 과거에 했던 모든 종류의 수술을 기록해 주십시오. \_\_\_\_\_

3. (1) 어느 특정한 마취약에 합병증이 있으십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

(2) 가족중에 마취에 문제가 있는분이 있으십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

4. 피가 잘 멈추지 않는 병이나, 피를 묽게하는 약을 드십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

5. 지난 2주동안 감기에 걸리신적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

6. 심장에 문제가 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

7. 고혈압이십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

8. 숨이 차십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

(1) 천식? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

(2) 폐기종? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

(3) 만성기침/ 기간지염 \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

9. 흡연을 하셨거나, 하십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

얼마나 많이? \_\_\_\_\_ 담배 끊은날 \_\_\_\_\_

10. 황달 이나 간염이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

11. 신장에 이상이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

12. 위궤양/ 소화불량/식도 탈장 \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

13. 당뇨? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

14. 관절염? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

15. 중풍/ 경련? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

16. 피가 응고하거나 혈액순환에 문제가 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

17. 술을 마십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

얼마나 많이? \_\_\_\_\_

18. 마약을 하십니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

19. 에이즈에 감염된적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

20. 결핵을 앓으신적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

21. 수면중에 호흡이 정지 된적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

22. 고무종류(라텍스)에 알러지가 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

23. 다른 비정상적인 문제나 진단을 받은적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

현재 드시는 약 : \_\_\_\_\_

알러지 : \_\_\_\_\_

이가 빠진 부분이 있거나 의치가 있습니까? \_\_\_\_\_ 네 , 아니요

언제 마지막으로 식사나 유료수술 드셨습니까? \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA**

1. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_ Sí No
2. ENUMERE TODAS LAS CIRUGÍAS ANTERIORES:  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. a. ¿Ha tenido alguna complicación con la anestesia? \_\_\_\_\_ Sí No
5. b. ¿Hay algún antecedente familiar de problemas con la anestesia? \_\_\_\_\_ Sí No
6. ¿Tiene algún trastorno de sangrado o está tomando algún anticoagulante? \_\_\_\_\_ Sí No
7. ¿Ha estado resfriado en las últimas dos semanas? \_\_\_\_\_ Sí No
8. ¿Tiene problemas cardíacos? \_\_\_\_\_ Sí No
9. ¿Ha tenido algún ataque cardíaco? \_\_\_\_\_ Sí No
10. ¿Tiene presión arterial alta? \_\_\_\_\_ Sí No
11. ¿Le falta el aire? \_\_\_\_\_ Sí No
12. a. ¿Tiene asma? \_\_\_\_\_ Sí No
13. b. ¿Tiene enfisema pulmonar? \_\_\_\_\_ Sí No
14. c. ¿Tiene tos/bronquitis crónica? \_\_\_\_\_ Sí No
15. ¿Fuma o ha fumado alguna vez? \_\_\_\_\_ Sí No
16. ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Fecha en la que dejó de fumar: \_\_\_\_\_
17. ¿Tiene ictericia o hepatitis? \_\_\_\_\_ Sí No
18. ¿Tiene insuficiencia renal? \_\_\_\_\_ Sí No
19. ¿Tiene úlceras, acidez o hernia de hiato? \_\_\_\_\_ Sí No
20. ¿Tiene diabetes? \_\_\_\_\_ Sí No
21. ¿Tiene artritis? \_\_\_\_\_ Sí No
22. ¿Ha tenido algún accidente cerebrovascular o convulsión? \_\_\_\_\_ Sí No
23. ¿Ha tenido algún coágulo de sangre o problema circulatorio? \_\_\_\_\_ Sí No
24. ¿Toma alcohol? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ Sí No
25. ¿Consume drogas como cocaína, heroína, speed? \_\_\_\_\_ Sí No
26. ¿Se le ha diagnosticado SIDA? \_\_\_\_\_ Sí No
27. ¿Alguna vez ha tenido tuberculosis (TB)? \_\_\_\_\_ Sí No
28. ¿Tiene apnea del sueño? \_\_\_\_\_ Sí No
29. ¿Tiene alguna alergia al látex? \_\_\_\_\_ Sí No
30. ¿Tiene algún otro problema de salud o diagnóstico poco común? \_\_\_\_\_ Sí No
31. MEDICAMENTOS QUE TOMA EN LA ACTUALIDAD:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
32. Tomó los medicamentos encerrados con un círculo  No tomó medicamentos
33. ALERGIAS: \_\_\_\_\_
34. ¿Tiene algún diente flojo o que se le pueda extraer? \_\_\_\_\_ Sí No
35. ¿A qué hora comió o bebió por última vez? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_