

## SANTA BARBARA SURGERY CENTER CUESTIONARIO DE LA SALUD ADULTA

Esta Informacion nos ayudara ha planear su cuidado en nuestro centro. Favor de regresar el formulario a nuestro centro lo mas pronto posible, algunas opciones son mandarlo por correo o por fax. Favor de mirar atras de esta informacion para detalles.

Usted recibira una llamada de nuestra enfermera antes de su fecha de cirugía, esto es para revisar su salud y corresponder a sus preguntas. Su doctor de Anestesia planeara con usted el dia de su cirugía

### NO COMA COMIDA NI BEBA NADA DESPUES DE LA MEDIA NOCHE EL DIA ANTES DE SU CIRUGIA/PROCEDIMIENTO.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELEPHONO DE CASA:** \_\_\_\_\_ **TRABAJO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_ **ESTATURA:** \_\_\_\_\_

**Tratamiento planeado?** \_\_\_\_\_ **CIRUJANO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

SI	NO	Favor de marcar el "Si" o "No" para cada pregunta, Si su respuesta es "Si" favor de circular la apropiada condicion.	
		Ha sido paciente de nuestro centro anteriormente?	Quando?
		Ha tenido cirugias anteriormente?	Favor de Indicar:
		Alguna complicacion con anestesia?	Favor de Indicar:
		Complicaciones de anestesia en la familia?	Favor de Indicar:
		Problemas del Corazon?	Ataque al Corazon / Angina / Fracazo de corazon / Abnormalidad del corazon
		Procedimiento de corazon?	Puente / Reemplazo de la valvula / Angioplastia / Stent Coronario/ Defibrilador
		Problemas del Corazon/ Fechas de Procedimiento?	
		Problemas con la presion?	Alto / Bajo / Esta tomando Medicamento?
		Problemas de los pulmones?	Neumonia / Asma/Enfisema / Bronquitis / Falta de aliento / Cancer
		Tiene Apnea de Sueno?	Usa oxigeno por la noche / Utiliza el dispositivo de la presion (CPAP)
		Fuma?	Cuanto: Quando paro de fumar?
		Enfermedad Infectosa?	Resfriado / Gripe/ Fiebre / Historia de Tuberculosis
		Diabetes?	Medicamentos si algunos:
		Problemas de los rinones o vejiga?	Insuficiencia renal / dialisis / Piedras/Infeccion. Ha tomado Flomax?
		Enfermedad del higado?	Ictericia / Hepatitis / Cirrosis / insuficiencia de higado
		Problemas gastro intestinales?	Ulcera / Hernia de hiato / Reflujo / Gastritis
		Problemas neurologicos?	Desmayos / Ataques Epilepticos / Movimiento de Corazon / Dolor de cabeza / Migranas / Gravis / Ms
		Alguna vez a tenido Cancer?	Clase de cancer: Quando?
		Dolor, problemas fisicos, o mentales?	Donde? Dificultad en caminar / Dolor de espalda / Deprecion / Dolor del cuello / Otro
		Problemas de la sangre o sangrado?	Anemia / Coagulacion sanguinea deficiente / Demasiado coagulacion / Trombosis de vena profunda

# CUESTIONARIO DE LA SALUD ADULTA PAGINA 2

FAVOR DE LLENAR LOS DOS LADOS

SI	NO	Favor de marcar el "Si" o "No" para cada pregunta, Si su respuesta es "Si" favor de circular la apropiada condicion.
		Usa Aspirina o Diluentes de la sangre? Ultima vez de uso?
		Problemas de tiroides? Hipertiroidismo / Hipotiroideo
		Problemas dentales o de la Quijada? Dentaduras / Casquillos / Dientes flojos / TMJ / Dificultad en abrir la boca
		Problemas con su vista? Glaucoma / Catarata / Lentes / Lentes de contacto / Ceguera
		Problemas de escuchar? Necesita ayuda para comunicar? Audifono / Sordera / Necesita interprete?
		Toma Alcohol? Cuanto?
		Usa hierbas medecinales? Tipo:
		Usa Drogas Recreativas? Tipo:
		Aceptaria Sangre en cazo de una Emergencia?
		Alguna posibilidad que este embarazada?

Que es el nombre y el numero de telefono de su doctor primario? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo fisico? \_\_\_\_\_

Si usted tiene problemas del corazon, cual es el nombre y el numero de telefono de su Cardiologo? \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen? \_\_\_\_\_

Cuando tuvo su ultimo electrocardiograma (EKG- estudio del corazon)? \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido un examen en una machina de caminar (Treadmill)? \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido un examen de Angiograma? \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido un ecocardiograma de su corazon? \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Nombre del adulto responsable que lo llebara a casa y estara disponible para su cuidado por las primeras 24 horas despues de su procedimiento. Favor de dar los numeros de telefono de esa persona

\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Reviewing RN's Signature \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

Puede mandar por correo este formulario a: **Santa Barbara Surgery Center**  
**3045 De La Vina St.**  
**Santa Barbara, Ca. 93105**

Numero de telefono: **805-569-3226**

Tambien puede mandar por fax al numero **1-866-297-5257**

**Le damos las gracias por habernos dado esta informacion importante que requiremos.**

