

**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? Cuando?
		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: Cuando 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: Cuando?
		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.

Medication Reconciliation

(Including prescriptions, over the counter medications, herbals, vitamins/minerals and birth control pills/patches)

Allergies	Type of Reaction Noted

Medication Name	Dose*	Frequency* <i>(how often?)</i>	Last Taken <i>(Complete the day of surgery)</i>	Instructions

Patient unable to give detailed information. Reason: _____

Obtained from: Patient Spouse SO Prior Chart Other _____

POST SURGERY

New Prescriptions	Dose	Frequency <i>(how often?)</i>	Reason for taking	Last Taken <i>(if applicable)</i>	Instructions	Next dose to be taken at <i>(after discharge)</i>
<input type="checkbox"/> None						

Copy given to patient with discharge instructions

Nurse Signature: _____ Date: _____ Time: _____

patient name