

SANTA BARBARA SURGERY CENTER

CUESTIONARIO DE LA SALUD INFANTIL: 12 ANOS O MENOS PAGINA 1

Este cuestionario de salud nos ayudara a planificar el cuidado de su hijo mientras en el Centro de Cirugia de Santa Barbara. Por favor devuelva el cuestionario a nuestro centro, tan pronto como sea posible: ya sea por correo o fax (numero abajo). Usted recibira una llamada telefonica de la enfermera preoperatoria antes de la fecha de la cirugia para revisar la salud de su hijo, responder preguntas y para leer las instrucciones. Su medico anestesioologo se reunira con usted en el dia de la cirugia para tratar la anestesia.

Su niño puede tener los alimentos y los líquidos de acuerdo a las siguientes reglas. Es muy importante para la seguridad de su hijo que sigan estas reglas. La cirugía será cancelada si estas reglas no se siguen.

- 1) No consuma comida solida despues de la medianoche. 2) Leche o formula hasta 6 horas antes de la cirugia.
3) Leche materna hasta 4 horas antes de la cirugia. 4) Liquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugia
(agua SOLAMENTE!)**

NOMBRE: _____ **TELEFONO DE CASA:** _____

EDAD: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **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 neurologicos?	
		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 Infecciosa?	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
		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 / Demasiada 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 Dilugentes 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?
		Usa hierbas medicinales? Tipo:
		Posibilidad de un embarazo
		Que debemos saber:

Cual es el nombre y el telefono de su pediastra? _____

Cuando fue su ultimo chequeo? _____

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

Cuando fue su ultimo chequeo? _____

Nombre de los papas _____

Numeros de telefono celular: _____ casa: _____

Farmacia y Locacion: _____

Parent/Guardian's Signature

Fecha

Reviewing RN's Signature

Date/Time

Usted puede enviar esta forma a: **Santa Barbara Surgery Center**
3045 De La Vina St.
Santa Barbara, Ca. 93105

Numero de telefono: 805-569-3226

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

