

# Questionario sobre la salud del paciente

 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ **SOLO PARA USO DEL HOSPITAL**  PACIENTE AMBULATORIO  OBSERVACIÓN DE 23 HORAS

 PACIENTE HOSPITALIZADO

 Procedimiento: \_\_\_\_\_ Presión sanguínea \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Sat. O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Hora del procedimiento: \_\_\_\_\_ Hora de llegada: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso lb/kg: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

 No tiene alergias conocidas  ALERGIAS / Reacciones: \_\_\_\_\_

**Pacientes: responda sólo las preguntas de la 1 a la 31**
**Comentarios de la enfermera**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Soplo cardíaco  | 1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 2. Ataque cardíaco previo  | 2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 3. Dolor de pecho en último mes  | 3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 4. Presión arterial alta   | 4. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 5. Frecuencia cardíaca irregular   | 5. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 6. Procedimientos cardíacos  | 6. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 7. Marcapasos/desfibrilador  | 7. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 8. Asma  | 8. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 9. Enfisema  | 9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| 10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)   | 10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Dificultad para respirar cuando camina 2 cuadras   | 11. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Apnea del sueño  | 12. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. Diabetes   | 13. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. Antecedentes de azúcar baja en la sangre   | 14. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. Infecciones del tracto urinario en el último mes   | 15. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. Problemas de los riñones   | 16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. Epilepsia  | 17. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 18. Apoplejía previa   | 18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 19. Hepatitis  | 19. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 20. VIH/SIDA   | 20. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 21. Reflujo  | 21. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 22. Hernia hiatal  | 22. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. Histerectomía  | 23. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 24. Cualquier herida abierta/úlceras/sarpullido  | 24. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 25. Antecedentes de depresión/ansiedad   | 25. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 26. ¿Está o podría estar embarazada?   | 26. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 27. ¿Actualmente tiene alguno de los síntomas siguientes? (Marque) <input type="checkbox"/> NINGUNO  |   |
| <input type="checkbox"/> Resfrío <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Laringitis <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Gripe                       |   |
| 28. ¿Tiene o usa...? (Marque) <input type="checkbox"/> NINGUNO   |   |
| <input type="checkbox"/> Dientes postizos <input type="checkbox"/> Dientes con casquillos <input type="checkbox"/> Dientes flojos <input type="checkbox"/> Retenedor dental <input type="checkbox"/> Dispositivos, placas, tornillos     |   |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Algún implante  |   |
| 29. ¿Ha experimentado usted o cualquier miembro de su familia algún problema relacionado con la anestesia, por ejemplo, dificultad para la intubación, hipotermia maligna, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |
| <b>Si la respuesta es sí, explique:</b> _____  |   |
| 30. Fuma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Paquetes al día Cuántos años: _____  |   |
| 31. ¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Bebidas al día  |   |

Nombre _____	N.º de identificación _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de la cirugía _____
Médico _____	

versión 5-5-08

*Solo para uso del hospital*

**El paciente tiene: Instrucciones anticipadas:**  Sí  No **No resucitar (NR):**  Sí  No  
 Se indicó al paciente que el día de la cirugía traiga las instrucciones aplicables enumeradas arriba.

**Nombre del contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Número del contacto:** \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO</b>	
<u>Evaluación nutricional</u>	
1 Náusea/vómitos/diarrea por más de 72 horas	3 Albúmina sérica menor de 2.9 mg/dL
1 Dificultad para tragar (descartar disfagia)	3 Antecedentes de desorden alimenticio
2 Pérdida de apetito por más de una semana	Total = _____ (Si obtuvo más de 5, notifique al médico y llame al Departamento de nutrición (Dietary) a la ext. 2538 para obtener asesoramiento nutricional y proporcione la puntuación)
3 Pérdida de peso involuntaria	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR
3 Presencia de úlcera por presión o decúbito	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN: _____
Restricciones en la dieta _____	

<b>INFORMACIÓN DE PACIENTE HOSPITALIZADO:</b>
Estadía en el hospital en los últimos 30 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>ORDEN DE HISOPADO PARA MRSA</b>
Vacuna actual contra la neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vacuna actual contra la gripe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**\*Se revisó la historia clínica del paciente para determinar si no ha tenido ningún contacto o si es tolerante a los opioides**

- Se revisó el folleto, si aplica, **Guía para el paciente y la familia sobre la analgesia controlada por el paciente (Patient-Controlled Analgesia, PCA)** con el paciente y se proporcionó una copia al paciente para sus registros.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y hora**

Nombre _____	N.º de identificación _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de la cirugía _____
Médico _____	