

FORMULARIO

HOSPITAL DE CAUQUENES

EVALUACIÓN PREANESTESICA

NOMBRE: _____						SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AÑOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						MESES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						DIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIAGNOSTICOS: _____						ASA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
							1	2
							3	4
							5	U

CONDICIONES GENERALES

PESO	<input type="text"/>	PULSO	<input type="text"/>	FREC. RESP.	<input type="text"/>	HIDRATACIÓN	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> M
TALLA	<input type="text"/>	P. ART.	<input type="text"/>	HRS. AYUNO	<input type="text"/>	COND. INTUB	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> M

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FUMADOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TIROIDES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	QUIRÚRGICOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ALCOHOL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CORONARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBL. ANEST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPECTORACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAT. PSIQUIATR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OLIGOFRENIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. OBSTRUCTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VALVULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPOAC. CEG. MUD.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. RESTRICTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN			ALERGIAS _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DISNEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VENOSOS			MEDICACIONES _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFEC. RESP. AG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DISCRASIA SANG.			_____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEFROPATIA			_____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTERICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UROPATIA OBS.			_____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFEC. URIN.			_____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ULCERA G. D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAST. N. MUSC.			_____			

EXÁMENES

HTC _____ %	GLIC. _____ mg%	pH _____	ECG. _____
BLANCOS _____	N. UR. _____ mg%	pO2 _____	_____
PLAQ. _____	CREAT _____ mg%	pCo2 _____	OTROS _____
PROT. _____ %	Na _____ meq/1	HCO3 _____	_____
GRUPO _____	K _____ meq/1	BE _____	_____
Rh _____	Cl _____ mep/1		_____

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	INFARTO < 6m	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	I. VASC. CEREBR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC RECIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TTO. ANTICOAG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. RESPIRAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SHOCK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUMOPATIA < 3m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRÓTESIS DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INGESTA ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIARREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIESGOS SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. HEPATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INDICACION MEDICA PRE-OPÉRATORIA: _____

NOMBRE ANESTESISTA: _____

FIRMA ANESTESISTA: _____