

# 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 platicara con usted el dia de su cirugía

**NO COMA COMIDA NI BEBA NADA DESPUES DE LA MEDIA NOCHE. SI SU HORA DE LLEGAR ES ANTES DE LAS 12:00 FAVOR DE NO TOMAR NADA NI COMER COMIDA DEPUES DE LA MEDIA NOCHE.**

**Si su hora de llegar es depues de las 12:00 usted si podra tomar liquidos claros solamente 4 horas antes de su cita. Liquidos claros incluyen agua,Te,jugo de manzana,y café Negro. No podra tomar Leche,Crema, O Jugo de Naranja!**

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? <span style="float: right;">Cuando?</span>
		Ha tenido cirugias anteriormente? <span style="float: right;">Favor de Indicar:</span>
		Alguna complicasion con anestesia? <span style="float: right;">Favor de Indicar:</span>
		Complicaciones de anestesia en la familia? <span style="float: right;">Favor de Indicar:</span>
		Problemas del Corazon? <span style="float: right;">Ataque al Corazon / Angina / Fracazo de corazon / Abnormalidad del corazon</span>
		Procedimiento de corazon? <span style="float: right;">Puente / Reemplazo de la valvula / Angioplastia / Stent Coronario/ Defibrilador</span>
		Problemas del Corazon/ Fechas de Procedimiento?
		Problemas con la presion? <span style="float: right;">Alto / Bajo / Esta tomando Medicamento?</span>
		Problemas de los pulmones? <span style="float: right;">Neumonia / Asma/Enfisema / Bronquitis / Falta de aliento / Cancer</span>
		Tiene Apnea de Sueno? <span style="float: right;">Usa oxigeno por la noche / Utiliza el dispositivo de la presion (CPAP)</span>
		Fuma? <span style="float: right;">Cuanto: <span style="margin-left: 100px;">Cuando paro de fumar?</span></span>
		Enfermedad Infecciosa? <span style="float: right;">Resfriado / Gripe/ Fiebre / Historia de Tuberculosis</span>
		Diabetes? <span style="float: right;">Medicamentos si algunos:</span>
		Problemas de los rinones o vejiga? <span style="float: right;">Insuficiencia renal / dialisis / Piedras/Infeccion. Ha tomado Flomax?</span>
		Enfermedad del higado? <span style="float: right;">Ictericia / Hepatitis / Cirrosis / insuficiencia de higado</span>
		Problemas gastro intestinales? <span style="float: right;">Ulcera / Hernia de hiato / Reflujo / Gastritis</span>
		Problemas neurologicos? <span style="float: right;">Desmayos / Ataques Epilepticos / Movimiento de Corazon / Dolor de cabeza / Migranas / Gravis / Ms</span>
		Alguna vez a tenido Cancer? <span style="float: right;">Clase de cancer: <span style="margin-left: 100px;">Cuando?</span></span>
		Dolor, problemas fisicos, o mentales? <span style="float: right;">Donde? <span style="margin-left: 50px;">Dificultad en caminar / Dolor de espalda / Deprecion / Dolor del cuello / Otro</span></span>
		Problemas de la sangre o sangrado? <span style="float: right;">Anemia / Coagulacion sanguinea deficiente / Demasiado coagulacion / Trombosis de vena profunda</span>

# 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.**