



**AUTOCUESTIONARIO –
EVALUACION PREQUIRURGICA**

PR-PQUI-01-F01

Rev. 00

29/04/2019

Nombre y Apellido:		Edad:
Procedimiento quirúrgico a realizar:	Fecha del procedimiento:	Profesional al que le llevará el Informe:
MEDICACIÓN que utiliza (incluyendo Preparados Homeopáticos, Naturistas, etc.):		

¿Ud. tiene actualmente o tuvo alguno de los siguientes problemas de salud?	SÍ	NO	Aclaraciones
1) ¿Hace ejercicio en forma habitual?			
2) ¿Fuma actualmente?			Cigarrillos/día:
3) ¿Consume alcohol?			
4) ¿Usa drogas (Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Paco, etc.)?			
5) ¿Alergia a algún medicamento o al polvo, polen, ácaros, etc.?			Aclare:
6) ¿Se ha aplicado alguna dosis de Vacuna Antitetánica en los últimos 10 años?			Fecha:
7) ¿Presión arterial alta (en tratamiento o no)?			
8) ¿Derrame cerebral o Accidente Cerebro-Vascular?			Fecha:
9) ¿Diabetes o Azúcar alta en la sangre (en tratamiento o no)?			
10) ¿Colesterol o Triglicéridos altos en la sangre (en tratamiento o no)?			
11) ¿Arritmias?			
12) ¿Enfermedad de las Válvulas del Corazón?			Aclare:
13) ¿Dolor de pecho de origen cardiológico diagnosticado por un Médico?			
14) ¿Infarto en el corazón?			Fecha:
15) ¿Cirugía cardíaca, Angioplastia, Stent o Bypass?			Fecha:
16) ¿Ronquidos o cortes en la respiración mientras duerme?			
17) ¿Asma?			
18) ¿Enfisema pulmonar?			

19) ¿Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)?			
20) ¿Anemia?			
21) ¿Otros problemas de la sangre (Leucemia, Linfoma, etc.)?			Aclare:
22) ¿Le sangran las encías todos los días al cepillarse los dientes?			
23) ¿Problemas de sangrado importantes (Digestivos, Ginecológicos, etc.)?			
24) ¿Enfermedades de la coagulación de la sangre?			Aclare:
25) ¿Aparecen hematomas espontáneamente en la piel sin haberse golpeado?			
26) ¿Toma medicación para la coagulación de la sangre?			
27) ¿Toma aspirina todos los días para prevención?			
28) ¿Fue transfundido alguna vez?			Aclare:
29) ¿Problemas en el Hígado o Vesícula (Hepatitis, Hígado graso, Cálculos, etc.)?			
30) ¿Enfermedades Infectocontagiosas actuales o pasadas (Tuberculosis, etc.)?			
31) ¿Enfermedad de Chagas?			
32) ¿Infecciones en la piel repetidas o de difícil tratamiento?			
33) ¿Problemas de Tiroides (Hipotiroidismo, Nódulos, etc.)?			
34) ¿Convulsiones o diagnóstico de Epilepsia?			
35) ¿Depresión u otro trastorno psiquiátrico (en tratamiento o no)?			Aclare:
36) ¿Presión intraocular o Glaucoma diagnosticado por un Oftalmólogo?			
37) ¿Ha sido internado alguna vez?			Aclare:
38) ¿Le han hecho algún procedimiento quirúrgico (Cirugías, Endoscopías, etc.)?			
39) ¿Ha tenido problemas con anestесias previas?			
40) ¿Usa método anticonceptivo (Preservativo, Pastillas, DIU, etc.)?			Aclare:
41) Fecha o edad de última menstruación (en caso de Menopausia)			Aclare:
42) ¿Es usted Testigo de Jehová?			

Consultorio de Datos Antropométricos y Signos Vitales
(para ser completado por el Enfermero o Técnico en Cardiología)

DATOS	VALORES
• Tensión Arterial	
• Peso	
• Talla	
• Frecuencia cardíaca	

	NO REALIZADO	REALIZADO	
Electrocardiograma (ECG)			Fecha: / /

Firma y Sello del Enfermero / Técnico en Cardiología: