

Sistema de Salud Franciscano - Control de Riesgos Previos a la Operación

(Última actualización: 13 de febrero de 2018)

Objetivo: El objetivo de este formulario es ofrecer una notificación temprana de los pacientes con una historia clínica que pueda dar cuenta de ciertos riesgos ante la anestesia. **Todos los pacientes requieren una cita previa a la admisión. Se requiere una cita previa a la admisión si se marca «sí» en el formulario o si lo indica la Oficina de Cirujanos en la sección «Notas».** No deje ningún espacio en blanco en el formulario.

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Números de contacto del paciente Particular:

Móvil:

Alternativo:

Cirujano:

Fecha de la cirugía:

Médico de atención primaria:

¿Necesita intérprete? S N Si su respuesta es afirmativa, indicar en qué idioma:

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA LOS PACIENTES CON CATARATAS. Pacientes con cataratas: Complete esta sección si se ha sometido a un procedimiento contra las cataratas en los últimos 60 días:

S N N/C: ¿Ha desarrollado síntomas nuevos o un desmejoramiento en el último mes que sugiera que ya no se encuentra en el mismo estado de salud que el de su primer procedimiento? (Si su respuesta es afirmativa, complete el resto de este formulario y envíelo por fax a Pre-Admisión FHS según se le indicó. Si su respuesta es negativa, no se requiere este formulario de control de riesgos previo a la operación y a la cita de control previo).

S N: ¿Se encuentra usted, el paciente, en un hogar de ancianos, hogar de retiro o institución? (SE requiere una cita de control telefónica).

Si su respuesta es afirmativa, nombre del Lugar:

Ubicación:

N.º de telefónico:

CARDÍACO:

S N: La cirugía a programar, ¿está relacionada con el corazón?

S N: ¿Ha experimentado dolores en el pecho o ha sido tratado por dichos malestares? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo? (año)

S N: ¿Ha tenido un paro cardíaco (IM)? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo?

S N: ¿Tiene un stent cardíaco?

S N: ¿Tiene fibrilación auricular (FA) o algún tipo de pulso irregular?

S N: ¿Tiene un dispositivo marca pasos/desfibrilador implantado?

S N: ¿Tiene un diagnóstico de falla cardíaca congestiva o una válvula cardíaca anormal y sus síntomas han empeorado desde su diagnóstico?

S N: ¿Tiene un historial de ACV/Ataques Cardíacos/Isquemias Transitorias?

S N: ¿Tiene un cardiólogo? Si su respuesta es afirmativa, ¿quién?

DILUYENTES SANGUÍNEOS

S N: ¿Toma diluyentes sanguíneos? Coumadin (warfarina), Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Effient (prasugrel), Ticlid (ticlodipina), Pradaxa (dabigatrán), Xarelto (rivaroxibán), Bevvixa (betrixabán), Savaysa (edoxabán)

Médico que receta los medicamentos:

S N: ¿Toma aspirinas?

PULMONAR

S N: ¿Tiene un diagnóstico de enfisema, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o asma?

S N: En caso de que padezca asma, ¿lo ha estado tratando de manera activa durante el último año, por ejemplo, mediante el uso de un inhalador, etc.?

S N: ¿Usa oxígeno hogareño?

S N: ¿Ha experimentado falta de aire o lo han tratado por dicha dificultad respiratoria?

ANESTESIA

S N: ¿Se le ha informado que era difícil insertarle un tubo de respiración (intubarlo) para prepararlo para la cirugía?

S N: ¿Se le ha diagnosticado a usted o a un miembro de su familia con hipertermia maligna?

S N: ¿Ha tenido alguna vez usted o un miembro de su familia una reacción GRAVE a la anestesia o se le ha indicado que no utilice anestesia?

Sistema de Salud Franciscano - Control de Riesgos Previos a la Operación

(Última actualización: 13 de febrero de 2018)

HISTORIA CLÍNICA

- S N: ¿Es usted diabético insulino dependiente?
- S N: ¿Tiene un historial de enfermedades renales o falla renal?
Si su respuesta es afirmativa, ¿recibe diálisis? S N
- S N: ¿Es parte de un programa de NO SANGRE/LIBRE DE TRANSFUSIONES?
- S N: ¿Alguna vez experimentó dificultades respiratorias o fue tratado por este problema?

Notas/Información adicional: