

**TAMPA OUTPATIENT SURGICAL FACILITY**  
**Evaluación de la Anestesia**

Procedimiento Quirúrgico: _____				Edad: _____		Altura: _____		Peso: _____							
Coloque una "x" en la columna apropiada:				Sí	No	No Sé		Coloque una "x" en la columna apropiada:				Sí	No	No Sé	
1. ¿Tienes que tomar antibióticos para proteger su corazón antes de la cirugía?								11. ¿Alguna vez has tenido problemas en el tracto digestivo?				¿Las úlceras / hernia de hiato?			
2. ¿Usted fuma? Examen de la Tuberculosis (PPD) _____ ¿Cuántos años? _____ ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____												¿Reflejos ácidos?			
3. ¿Usa drogas recreativas?								12. ¿Alguna vez has tenido problemas en las articulaciones o los músculos?				¿Artritis?			
4. ¿Bebe alcohol?												¿Huesos rotos?			
5. ¿Tiene algún diente flojo, tapado, o falso?												¿Movimiento de la articulación limitada?			
6. ¿Usas lentes de contacto?								13. ¿Alguna vez has tenido algún problema metabólico?"				¿Diabetes?			
7. ¿Alguna vez has tenido problemas del corazón?				¿Presión arterial alta?								¿Enfermedad de la tiroides?			
				¿Presión arterial baja?								14. ¿Alguna vez has tenido un ataque isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular?			
				¿Fiebre reumática?								¿Lesión en la cabeza, dolores de cabeza, entumecimiento u hormigueo en las extremidades? ¿Convulsiones o Epilepsia?			
				¿Ataque del corazón?								15. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con la anestesia?			
				¿Soplo cardíaco?								¿Hipertermia maligna?			
				¿Dolor en el pecho / Angina de pecho?								16. ¿Está embarazada?			
				¿Pulso cardíaco irregular?								¿Ha tenido una histerectomía o ligadura de trompas?			
				¿Insuficiencia cardíaca congestiva?								17. ¿Tiene alguna historia de cualquier cáncer? Por favor lista:			
8. ¿Alguna vez has tenido problemas en los pulmones?				¿Asma o sibilancias?								18. ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? Por favor lista:			
				¿Bronquitis o neumonía?											
				¿Falta de aliento?											
				¿CPAP/O2?											
				¿Apnea del sueño?								19. ¿Tiene alguna alergia? Por favor lista:			
9. ¿Alguna vez has tenido problemas urinarios?				¿Infecciones urinarias?											
				¿Piedras en el riñón?											
10. ¿Tiene alguna enfermedad infecciosa?												PHYSICAL EXAMINATION / DOS ASA# 1 2 3 4 5			
HEPATITIS VIH TB MRSA (Marque con un círculo)												AIRWAY			
PREGNANCY TEST _____												HEART			
DATE: _____ BY: _____												LUNGS □ LABS/EKG/CXR REVIEWED NPO _____ HRS.			
												PROPOSED ANESTHESIA _____			
ACCU CHECK: _____ MG/DL (NORMAL RANGE 70 – 110 MG/DI)												PAIN MANAGEMENT /HEALTH STATUS UNCHANGED			
DATE: _____ BY: _____												DATE SIGNATURE			
□ PT REQUESTS ANESTHETIC SEDATION (MAC/GETA)												_____			
□ DR REQUESTS ANESTHESIA PRESENCE 2 <sup>o</sup> TO MEDICAL STATUS												_____			
□ PT & SURGEON REQUESTS POST-OP PAIN MANAGMENT												_____			
□ ANESTHESIA HAS REVIEWED EVALUATION WITH PATIENT & ADDRESSED CONCERNS												_____			
ANESTHESIOLOGIST'S SIGNATURE: _____				DATE _____								PATIENT STICKER			

## Formulario de la Reconciliación de Medicamentos

Altura: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ ¿Alergia a Látex? **SÍ NO**

Peso: \_\_\_\_\_ Reacciones: \_\_\_\_\_

(Circule todas las que correspondan): Paciente Miembro de Familia Lista de medicamentos Historia y Física Doctor Enfermera Otro

**POR FAVOR LISTE TODAS LAS MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE**  
(incluyendo suplementos de hierbas, pompas, parches y medicina sin receta)

**Esta sección debe ser completada por el personal de Enfermería**

Medicamento (Genérico o Nombre Comercial)	Dosis (¿Cuanto?)	Frecuencia (¿Cuando lo toma?)	Como (¿Lo toma?)	Hora y Fecha última tomada	¿Tomo día de cirugía?	¿Continua después de Dado de Alta?
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor
					Sí No	Sí No Llame al Doctor

**Prescripciones entregadas al ser Dado de Alta:**


Preop Nurse's Signature & Date: \_\_\_\_\_

Verified DOS by: \_\_\_\_\_  
(DOS Pre-Op Nurse Signature)

PACU Nurse's Signature: \_\_\_\_\_

Entiendo y he recibido una copia de esta lista de medicamentos.

Firma del Paciente o la Familia: \_\_\_\_\_

**Patient Sticker**

T:\Master Forms(excel file)\Medication Reconciliation Form Spanish  
rev 03/08  
Rev. 07/05