



Patient Name: \_\_\_\_\_

MR: \_\_\_\_\_ Gender: M F Date: \_\_\_\_\_

## Hand Help

PRE-SURGERY QUESTIONNAIRE		
Height/Estatura	Weight/Peso Kg	Age/Edad

Previous Operations ¿Ha tenido alguna operación anteriormente? _____ Si _____ No ¿Cuáles? _____	Year/ ¿Cuándo?	Any complications or problems? ¿Alguna complicación o problemas? _____ Si _____ No
---	----------------	--

Are you allergic to anything? If so what?	Si	No	¿Tiene alguna alergia a medicamentos/ comida?
Are you being treated for any medical problems, or recent illness?			¿Ha sido tratado para alguna condición médica en el pasado o en la actualidad?
Are you taking any medications?			¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuáles?
Have any blood relatives had a reaction to an anesthetic?			¿Algún familiar ha tenido alguna reacción a anestesia?
<u>Day of Surgery</u> When was the last time you ate or drank anything?			¿Cuándo fue la última vez que comió/tomó algo?
Is there any possibility that you are pregnant?			¿Está embarazada?
<u>For Children</u> Any problems with the pregnancy? Vaginal or C-Section? Term or Pre-term?			<u>Para Niños</u> ¿Hubo algún problema durante el embarazo? ¿Parto normal o Cesárea? ¿A término o prematuro?

RESPIRATORY	CARDIAC	OTHER
AIRWAY	PLAN	
COMMENTS		

Evaluating Physician: \_\_\_\_\_