



TEXAS SURGICAL CENTER

ANESTHESIA QUESTIONNAIRE

The answers to the following questions will aid in the planning of your anesthetic. Your anesthesia will be administered by:

- _____ Anesthesiologist (physician)
- _____ Certified Registered Nurse Anesthetist under the direction of your surgeon

CUUESTIONARIO DE ANESTESIA

Las respuestas a las siguientes preguntas, ayudaran en la planeacion de su anestetico. Su anestecia sera administrada por:

- _____ Anestesista (Medico)
- _____ Enfermera Anestesista Registrada Certicado y bajo la direccion de su cirujano.

	Y	N		Y	N
<p>Have you ever had surgery involving an anesthetic? Ha tenido alguna cirujia que requiera anestecia?</p> <p>If yes, circle type: Encierre en un circulo que clase o tipo: Local General Spinal Epidural Local General Espina Dorsal Epidural</p> <p>Have you ever had a reaction/problem associated with any anesthesia? Ha tenido alguna reaccion/problema con algun tipo de anestecia?</p> <p>What kind of problem? Que clase de problema? High temperature? Alta temperature? Low blood pressure? Baja precion? Other: _____ Orto (Especifique): _____</p> <p>Has a family member every had a problem with an anesthetic? Algun miembro de su familia, ha tenido algun problema con algun anestetico? Please specify: _____ Especifique: _____</p> <p>Do you have any of the following medical problems? Usted tiene algun problema medico?</p> <p>Heart disease? (Heart attack, high blood pressure, angina, chest pain) Explain: _____ Del corazon (ataques, alta precion, dolor de pecho)? Favor de explicar: _____</p> <p>Lung disease? Enfermo del pulmon? Chronic cough? Tos cronica?</p> <p>Asthma, wheezing? Asma? Bronchitis? Bronquitis?</p> <p>Do you smoke? Usted fuma?</p> <p>How many pack per day? _____ Cuantas cajetillas diarias? _____ How long have you smoked? _____ Cuanto tiempo tiene fumando? _____</p>	Y	N	<p>Are you a diabetic? Tiene usted Diabetes?</p> <p>If yes, do you take medicine for your diabetes? Toma medicina para su diabetes?</p> <p>What medicine? _____ Cual medicina? _____ How often? _____ Que tan seguido? _____</p> <p>Have you every had: Ha tenido alguna vez:</p> <p>Yellow Jaundice? Decoloramiento de su piel?</p> <p>Hepatitis? Hepatitis?</p> <p>Liver disease? Enfermedad del higado?</p> <p>Stroke? Ataques?</p> <p>Seizures? Convulsiones?</p> <p>Blackout/fainting spells? Desmayos o perdidas del conocimiento?</p> <p>Describe the above: _____ Explique si alguna de las mencionadas? _____</p> <p>Do you bleed or bruise easily? Usted sangra o se le hacen moretones facilmente? Do you have any kidney problems? If yes, please describe: _____</p> <p>Tiene algun problema con los rinones? 'Si es asi', favor de explicar: _____</p> <p>If female, are you pregnant? Si usted es mujer, esta' embarazada?</p> <p>Could you be pregnant? Po dria estar embarazada?</p> <p>Date of last menstrual period: _____ De' la fecha de su ultimo periodo de menstruacion: _____</p>	Y	N
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p>PATIENT LABEL</p>					

<p>Have you had any previous surgery? Ha tenido alguna otra cirujia previa a esta?</p> <p>If yes, please list: Cual cirujia: _____ _____</p> <p>Have you had any major illnesses? Ha sufrido de alguna enfermedad?</p> <p>If yes, please list: Cual enfermedad: _____ _____</p> <p>Are you allergic to any medicines? Es usted alergico a alguna medicina?</p> <p>If yes, what medicines: Cual medicina: _____ _____</p> <p>Are you taking any medicines NOW? Actualmente toma alguna medicina?</p> <p>If yes, what medicines: Cual medicina: _____ _____</p> <p>How often? _____ Que tan seguido? _____</p> <p>If under age 18, are your immunizations up to date? Si tiene menos de 18 anos, estan al corriente con todas sus vacunas?</p>	Y	N	<p>Have you taken any ASPIRIN in the last 24 hours? Ha tomado ASPIRINA en las ultimas 24 horas?</p> <p>Last time you took ASPIRIN? A que horas? _____AM / PM</p> <p>Do you take CORTISONE or STEROIDS? Toma usted CORTISON o ESTEROIDES?</p> <p>Are you allergic to adhesive tape? Es usted alergico a la cinta adhesiva?</p> <p>Are you allergic to rubber or rubber products? Es usted alergico a el plastico o productos elasticos?</p> <p>Do you drink alcohol? Usted toma alcohol? How much? Cuanto? _____ How often? Cada cuando? _____</p> <p>Do you have dentures? Usa usted dentaduras postisas?</p> <p>Bridgework? Algun Puente? Capped teeth? Diente relleno? Loose teeth? Diente flojo?</p> <p>What is your weight? _____ Cuantas libras pesa usted? _____</p> <p>What is your height? _____ Cuanto mide de altura? _____</p> <p>What is your age? Que edad tiene? _____</p> <p>REFERRAL _____</p>	Y	N
--	---	---	--	---	---