

# CONSULTA PREANESTÉSICA

Ciudad \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Fecha de diligenciamiento 

DD	MM	AAAA

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre (Apellidos y nombre(s)) _____	Empresa _____	Edad _____	<input type="checkbox"/> Día(s) <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="checkbox"/> Año(s)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Especialidad/es quirúrgica(s) _____	Procedimiento a realizar _____			

## ANTECEDENTES

- Anestésicos General No. \_\_\_\_\_ Regional No. \_\_\_\_\_ Última anestesia hace: \_\_\_\_\_

- Complicaciones \_\_\_\_\_

- Alérgicos \_\_\_\_\_

- Farmacológicos \_\_\_\_\_

- Hemorrágicos \_\_\_\_\_

- Patológicos \_\_\_\_\_

- Quirúrgicos \_\_\_\_\_

- Tóxicos \_\_\_\_\_

- Transfusionales \_\_\_\_\_

- Otros \_\_\_\_\_

## REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea  Sí  No Grado \_\_\_\_\_ Angina  Sí  No Grado \_\_\_\_\_

Palpitaciones  Sí  No Precipitados por \_\_\_\_\_

Pulmonar: Tos  Sí  No Periodicidad de la tos \_\_\_\_\_

SNC: (o Glasgow) \_\_\_\_\_ Otros síntomas \_\_\_\_\_

## EXAMEN FÍSICO

Presión arterial	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Decúbito	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Pulsoximetría	Peso	Talla	IMC
mmHg		Latidos / min	Respirac. / min	°C	%	kg	m	

**Cabeza:**

Lentes contacto  Sí  No Prótesis  Sí  No

Cuello normal  Sí  No Removible  Sí  No

Masas  Sí  No Dientes flojos  Sí  No

Pulsos  Normal  Anormal Apertura  Normal  Anormal

Probabilidad vía aérea difícil:  Alta  Media  Baja Otros: \_\_\_\_\_

**Tórax:**

Ruidos cardíacos  Rítmicos  Arrítmicos

Soplos  Sí  No

Características del soplo \_\_\_\_\_

Auscultación pulmonar  Normal  Anormal

Especifique: .....

**Abdomen** \_\_\_\_\_ **Extremidades** \_\_\_\_\_

Otros hallazgos \_\_\_\_\_

## EXÁMENES DE LABORATORIO      EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

	Resultado		Fecha del examen						
Hematocrito		Electrocardiograma: _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
Creatinina		Rx de tórax: .....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
Nitrógeno ureico		Otros estudios _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
Glicemia		.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
Albúmina		.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
Plaquetas	x 1000	.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DD</td><td style="font-size: 8px;">MM</td><td style="font-size: 8px;">AAAA</td></tr></table>				DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							

**Diagnóstico(s)** \_\_\_\_\_

**Clasificación ASA:** \_\_\_\_\_

**Recomendaciones** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología.    ND: no disponible, no necesaria    SNC: sistema nervioso central

**ANESTESIOLOGO**    Nombre \_\_\_\_\_    Firma \_\_\_\_\_

