



## HISTORIA CLINICA PRE ANESTESIA SEDARCE

Nombre:..... C.I.....  
Edad:..... Estatura:..... Peso:.....  
Médico Anestesiólogo que estará en procedimiento.....  
Médico programa procedimiento.....  
Procedimiento programado.....  
ADULTO RESPONSABLE POST SEDACION.....

SOLICITAMOS ESTE FORMULARIO SEA LLENADO CLARAMENTE POR SU SEGURIDAD:

1. ¿Tiene alguna/s enfermedad/es actualmente? Si No No sé  
2. En caso afirmativo, ¿qué enfermedad/s? desde cuándo?

.....

2. Indique los medicamentos que toma actualmente (medicina prescrita o no , medicina natural, Medicación para dormir o nervios )

.....  
.....

3. ¿Sufre de alergias a MEDICAMENTOS, ALIMENTOS o SUSTANCIAS?

Si ☐ No ☐ DESCONOCE

En caso de respuesta afirmativa, indique cual:

.....

4. ¿Ha sido operado antes o tenido una Sedación para procedimientos? Si No

Si es afirmativo indique de que y cuando:

.....  
.....

5. ¿Ha tenido inconvenientes con Anestesias anteriores? Si No No sé

Cuéntenos- que ocurrió en aquella ocasión?

.....

.....

Tiene algún familiar ha tenido problemas con Anestesias?

.....

HA SUFRIDO DE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

Presión Arterial alta baja // no  
Problemas del corazón ( infartos, palpitaciones, soplos, cirugías, problemas valvulares)  
SI NO  
Tiene algún dispositivo médico ( marcapasos, válvulas, embolizaciones)  
SI NO  
Presenta mareos o desvanecimientos SI NO  
Toma anticoagulantes o aspirina SI NO  
Presenta sangrados de encías, NARIZ frecuentemente o alguien en su familia ha tenido hemofilias  
o sangrados? SI NO  
Ha tenido tos o gripe las últimas semanas SI NO  
Ha sufrido de alguna enfermedad del pulmón ( bronquitis, Tuberculosis, etc) SI NO  
Es o fue Asmático (CHILLA EL PECHO) ? hasta cuando?.....  
Ronca cuando duerme? SI NO  
o sufre de Apnea del sueño?  
Sus amígdalas son muy grandes le impiden respirar en el sueño? SI NO  
Niños que han sido prematuros o ex prematuros? SI NO  
Es o ha sido fumador? Cuantos cigarrillos diarios? hasta cuándo?.....  
Es o ha sido bebedor? SI NO  
Ha sufrido de enfermedades hepáticas( cirrosis hepatitis)  
o Cuando fue su hepatitis? qué tipo? .....  
Tiene alguna enfermedad Renal ( insuficiencia, cálculos, diálisis)  
Es usted diabético? usa medicación oral o insulina? SI NO  
Ingiere o se administra sustancias estupefacientes? SI NO  
Es portador de virus inmuno deficiencia humana ( VIH) SI NO  
ha sufrido o sufre de convulsiones? SI NO  
En algún momento le han hablado de alguna alteración de su metabolismo? o enfermedades  
genéticas?.....  
SOSPECHA DE ENBARAZO  
Prótesis dentales o piezas móviles si No

PARA SU ANESTESIOLOGO  
SIGNOS VITALES PREVIOS

F.C..... SAT OX..... PRESION ARTERIAL..... ESTADO DE ALERTA.....

AYUNO DE..... h.

VALORACIONES DE OTROS ESPECIALISTAS.....

ASA.....

PROCEDIMIENTO A REALIZAR.....

TECNICA ANESTESICA PROGRAMADA.....

PROFILAXIS ANTIBIOTICA.....

.....  
FIRMA DE MEDICO ANESTESIOLOGO

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O  
FAMILIAR RESPONSABLE