

Nombre:
 Edad:
 NHC:



CUESTIONARIO BASICO DE SALUD

| | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Le han operado anteriormente? | | |
| ¿Ha sufrido alguna reacción a la anestesia? | | |
| ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuál? | | |
| ¿Tiene alguna otra alergia (látex, alimentos, metales etc.)? | | |
| ¿Ha tomado alguna droga: cannabis, cocaína, opiáceos u otras? | | |
| ¿Toma bebidas alcohólicas habitualmente? | | |
| ¿Tiene o ha tenido la presión arterial alta? | | |
| ¿Tiene algún problema del corazón? (arritmia, angina, lleva marcapasos o desfibrilador) | | |
| ¿Ha padecido trombosis/flebitis/tromboflebitis? | | |
| ¿Necesita más de una almohada para dormir? | | |
| ¿Se ahoga o tiene dolor en el pecho al subir un tramo de escaleras? | | |
| ¿Es o ha sido fumador? Cigarrillos/día | | |
| ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar? (asma, bronquitis) | | |
| ¿Tiene apnea del sueño? ¿Utiliza CPAP? | | |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad de riñón? | | |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad en el hígado o una hepatitis? | | |
| ¿Tiene diabetes? ¿Precisa Insulina? | | |
| ¿Ha tenido convulsiones, pérdida de conocimiento, embolia o derrame cerebral? | | |
| ¿Sangra fácilmente por las encías, nariz o heridas? | | |
| ¿Ha padecido anemia? | | |
| ¿Toma aspirinas o algún otro medicamento anticoagulante? | | |
| ¿Ha estado ingresado en un hospital o acudido a urgencias en los últimos 6 meses? | | |
| MUJERES: ¿Está o pudiera estar embarazada? | | |
| ¿Otros problemas médicos?: Anote los medicamentos que toma habitualmente | | |

Fecha y Firma