

CUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPIA

Nº-POLIZA.....

D.N.I.....

Nombre del paciente Fecha de nacimiento.....

Dirección..... Teléfono.....

Profesión o actividad..... Mutua.....

Exploración solicitada por el Dr.....

Lea con atención este cuestionario, y si hay alguna pregunta que no entiende, consúltenos antes de contestar.

Rodee con un círculo la respuesta correcta.

- | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|
| 1. ¿Es usted alérgico a alguna sustancia? | | Sí | No |
| En caso afirmativo, nómbrela | | | |
| 2. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? | | Sí | No |
| En caso afirmativo, nómbrela..... | | | |
| 3. ¿Es usted alérgico a los anestésicos locales? | | Sí | No |
| 4. ¿Ha sufrido usted, sin causa aparente, de: | urticaria | Sí | No |
| hinchazón de párpados, labios, lengua | | Sí | No |
| picor en el cuerpo con o sin enrojecimiento | | Sí | No |
| 5. ¿Es usted asmático? | | Sí | No |
| 6. ¿Es usted bronquítico crónico? | | Sí | No |
| 7. ¿Fuma usted? | | Sí | No |
| 8. ¿Es usted hipertenso (tensión arterial elevada)? | | Sí | No |
| 9. Si es usted hipertenso. ¿qué medicación toma en la actualidad? | | | |
| Nómbrela | | | |
| 10. ¿Es usted diabético? | | Sí | No |
| 11. Si es usted diabético, ¿con qué se medica? | dieta | Sí | No |
| | tabletas | Sí | No |
| | insulina | Sí | No |
| 12. ¿Sufre o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades? | | Sí | No |
| soplo al corazón | | Sí | No |
| infarto de corazón | | Sí | No |
| angina de pecho | | Sí | No |
| arritmias | | Sí | No |
| insuficiencia cardíaca | | Sí | No |
| otras enfermedades del corazón | | Sí | No |
| Nómbrelas..... | | | |
| 13. ¿Le han operado del corazón para: | | | |
| cambiarle una válvula cardíaca | | Sí | No |
| realizarle un <i>bypass</i> aorto-coronario | | Sí | No |
| 14. ¿Le han practicado alguna otra intervención quirúrgica sobre otro órgano? | | | |
| Nómbrela..... | | | |
| 15. ¿Ha recibido usted transfusiones de sangre? | | Sí | No |

- | | | | |
|-----|--|-----------|-----------|
| 16. | ¿Sufre o ha sufrido alguna vez de epilepsia o de crisis convulsivas? | Sí | No |
| 17. | ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? | | |
| | hepatitis | Sí | No |
| | hepatitis B | Sí | No |
| | hepatitis C | Sí | No |
| | SIDA | Sí | No |
| | embolia pulmonar | Sí | No |
| | embolia cerebral | Sí | No |
| | hemorragia cerebral | Sí | No |
| | infarto cerebral | Sí | No |
| | enfermedad de parkinson | Sí | No |
| | neumotórax espontáneo | Sí | No |
| | bocio | Sí | No |
| | varices | Sí | No |
| | flebitis o trombosis venosa | Sí | No |
| | aneurisma de la aorta abdominal | Sí | No |
| 18. | ¿Le han operado a usted de | | |
| | bocio | Sí | No |
| | cuerdas vocales | Sí | No |
| | obstrucción de alguna arteria de las extremidades | Sí | No |
| 19. | ¿En el último mes, ha tomado usted alguno de los siguientes medicamentos? | | |
| | antidepresivos | Sí | No |
| | tranquilizantes | Sí | No |
| | medicamento contra el insomnio | Sí | No |
| | aspirina | Sí | No |
| | corticoides | Sí | No |
| | antiinflamatorios | Sí | No |
| 20. | ¿Sufre usted alguna enfermedad de la coagulación de la sangre? | Sí | No |
| 21. | ¿En las últimas dos semanas, ha tomado usted medicamentos para disminuir la coagulación de la sangre, tales como SINTROM o HEPARINA? | Sí | No |
| 22. | ¿Utiliza laxantes para hacer de vientre? | Sí | No |
| | Nómbrelos..... | | |
| 23. | ¿Usa usted prótesis dentaria (dientes postizos)? | Sí | No |
| 24. | ¿Bebe usted | | |
| | vino | Sí | No |
| | cerveza | Sí | No |
| | licor | Sí | No |
| | carajillos | Sí | No |
| 25. | ¿Ha utilizado alguna vez | | |
| | anfetaminas | Sí | No |
| | cocaína | Sí | No |
| | heroína | Sí | No |
| | marihuana | Sí | No |
| | crack | Sí | No |
| 26. | Si en la actualidad se encuentra usted tomando uno o varios medicamentos, por favor, nómbrelos | | |

DECLARO HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO Y QUE CUANTO HE RESPONDIDO ES ABSOLUTAMENTE CIERTO.

Fecha

Firma del paciente