

# EVALUACIÓN DEL LABORATORIO DE CATETERISMO

Edad _____	Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Lista de todas las alergias a medicamentos y / o reacciones: _____ _____ _____ _____			Anote todas las operaciones y las fechas (incluyendo cateterismo cardiaco) _____ _____ _____	
1. ¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia, ha tenido problemas con la anestesia, aparte de náusea? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 2. ¿Tiene algún diente o la dentadura con coronas/ removible? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			SISTEMA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	
3. ¿Fuma o ha fumado alguna vez? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 4. ¿Tiene resfriado, tos o dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 5. ¿Padece de asma? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 6. ¿Padece de apnea del sueño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Cantidad: SISTEMA RESPIRATORIO	
7. ¿Padece de alta presión de la sangre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 8. ¿Tiene dolor de pecho o ha tenido algún ataque al corazón? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 9. ¿Alguna vez ha tenido un electrocardiograma (EKG) anormal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 10. ¿Tiene prolapso de válvula mitral o soplo cardiaco? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 11. ¿Alguna vez se ha despertado porque le falta la respiración o con las espinillas hinchadas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 12. ¿Padece de enfermedad coronaria? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 13. ¿Le falta la respiración si sube dos tramos de escaleras? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			SISTEMA CARDIOVASCULAR	
14. ¿Alguna vez ha tenido una embolia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 15. ¿Alguna vez ha tenido ataques, pérdida de la visión o del habla? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 16. ¿Tiene problemas de espalda, cuello, o mandíbula? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			SISTEMA NERVIOSO/ ESQUELÉTICO	
17. ¿Tiene hernia hiatal, reflujo, o úlcera? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 18. ¿Alguna vez ha tenido hepatitis, VIH o ictericia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 19. ¿Toma alcohol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 20. ¿Padece de enfermedad de los riñones? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 21. ¿Tiene diabetes? ¿Durante cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			Cantidad: SISTEMA GI/ RENAL/ ENDO	
22. ¿Tiene trastornos hemorrágicos o anemia (conteo hemático bajo)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 23. ¿Tomó aspirina, cumadin, Plavix o Lovenox la semana pasada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 24. ¿Tomó algún medicamento dietético el mes pasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 25. ¿Ha recibido quimioterapia o radiación? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 26. ¿Podría haber alguna posibilidad de que esté embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 27. ¿Tiene usted algún padecimiento(s) médico no mencionado arriba? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 28. ¿Tiene indicaciones anticipadas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			OTRO/ LABORATORIO	
<b>NECESIDADES DE INFORMACIÓN</b>		<b>NECESIDADES ESPIRITUALES / CULTURALES</b>		
¿Cómo se informa usted mejor? <b>Marque todas las que correspondan.</b> <input type="checkbox"/> TV/Vídeo <input type="checkbox"/> Demostración <input type="checkbox"/> Explicación Verbal <input type="checkbox"/> Repetición <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> En Letra Grande <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Me gustaría saber sobre _____		<b>Describiría mi condición presente como:</b> <input type="checkbox"/> Animada <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Algo ansiosa <input type="checkbox"/> Muy ansiosa <b>Mi grupo de apoyo para enfrentar la situación incluye:</b> <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos de confianza <input type="checkbox"/> Depende de la situación <input type="checkbox"/> No estoy seguro quién <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>¿Hay algunas prácticas culturales, religiosas, y/o espirituales que sean necesarias como parte de su cuidado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor explique: _____		
Firma del Paciente/ Tutor		Fecha		



3201 University Drive, Suite 420  
 Bryan, TX 77802  
 Ph:  
 Fax:

PATIENT IDENTIFICATION: