



PRE-ANESTHESIA RECORD
[REGISTRO PREVIO A LA ANESTESIA]

<p>1. List all medications with dose and frequency taken over the past 1 month. Do not write "see list".* <i>[Indique todos los medicamentos que ha tomado durante el último mes. No escriba "ver lista".*]</i></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Medication [Medicamentos]</th> <th style="text-align: left;">Dose [Dosis]</th> <th style="text-align: left;">Frequency [Frecuencia]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>2. List allergies to medications, food, latex, iodine / dye, etc.* <i>[Indique las alergias a medicamentos, comida, látex, yodo/material de contraste.*]</i></p> <p> </p> <p>3. List all previous surgeries and dates.* <i>[Indique todas las cirugías anteriores y las fechas.*]</i></p> <p> </p> <p>4. Have you or your family had a high or unexplained fever or unusual reaction to anesthesia (malignant hyperthermia) during or after surgery? <i>[¿Ha usted o alguien en su familia tenido fiebre inexplicable o reacción inusual a la anestesia (hipertermia maligna) durante o después de una cirugía?]</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p> <p>5. Do you have any metal implants (i.e. screws, nuts, rods, pins, plates, implanted defibrillator/pacemaker)? Please list type(s) and location(s) on reverse. <i>[¿Tiene usted algún implante de metal (ej. tornillos, pernos, fierros, clavos, placas, defibrilador implantado/marcapaso? Por favor haga una lista del tipo y ubicación en el cuerpo al reverso de la hoja.]</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p> <p>6. Do you have bleeding tendencies or diseases such as hemophilia or Von Willebrand? <i>[¿Tiene tendencias a sangrar o enfermedades como hemofilia o la enfermedad de Von Willebrand?]</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p> <p>7. Do you smoke or have you ever smoked? <i>[¿Fuma o ha fumado alguna vez?]</i> <input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p> <p>If yes, how many cigarettes per day? _____ <i>[Si la respuesta es Si, ¿cuántos cigarrillos diarios?]</i></p> <p>When did you quit? _____ <i>[¿Cuándo dejó de fumar?]</i></p> <p>8. Do you have caps, false teeth or contact lenses? <i>[¿Tiene tapaduras, dientes postizos o lentes de contacto?]</i> <input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p> <p>9. Are you pregnant? <i>[¿Está embarazada?]</i> <input type="checkbox"/> Yes [Sí] <input type="checkbox"/> No [No]</p>	Medication [Medicamentos]	Dose [Dosis]	Frequency [Frecuencia]													<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">DO YOU OR HAVE YOU HAD...? [¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE...?]</th> <th style="text-align: center;">YES [Sí]</th> <th style="text-align: center;">NO [No]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10. Glaucoma <i>[Glaucoma]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>11. Stiff Jaw or Neck <i>[Mandíbula o Cuello Rígido]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>12. A Recent Cold <i>[Resfrío Reciente]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>13. Shortness of Breath/Difficulty Breathing <i>[Falta de Aire]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>14. Chronic Cough <i>[Tos Crónica]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>15. Asthma <i>[Asma]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>16. Heart Attack <i>[Ataque al Corazón]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>17. Chest Pain / Angina <i>[Dolor en el Pecho / Angina]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18. Palpitations <i>[Palpitaciones]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>19. High Blood Pressure <i>[Presión Arterial Alta]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>20. Hepatitis <i>[Hepatitis]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>21. Hiatal Hernia <i>[Hernia del Hiato]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>22. Rheumatic Fever <i>[Fiebre Reumática]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>23. Ulcers <i>[Úlceras]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>24. Stroke <i>[Derrame Cerebral]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>25. Seizures <i>[Convulsiones]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>26. Blackouts <i>[Desvanecimientos]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>27. Back Problems <i>[Problemas Lumbares]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>28. Muscle Diseases <i>[Enfermedades Musculares]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>29. Arthritis <i>[Artritis]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>30. Diabetes <i>[Diabetes]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>31. Thyroid Problems <i>[Problemas del Tiroides]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>32. Sickle Cell Anemia <i>[Anemia Drepanocítica]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>33. Blood Transfusions <i>[Transfusiones de Sangre]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>34. Kidney Disease <i>[Enfermedad Renal]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>35. AIDS <i>[SIDA]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>36. Crib Death in Family <i>[Muerte Subita del Recien Nacido en la Familia]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>37. A recent weight change <i>[Un cambio reciente de peso]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>38. Drink alcohol - How much? _____ <i>[Beber alcohol - ¿Cuánto?]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>39. Take street drugs <i>[Consumir drogas ilícitas]</i></td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3">Comments <i>[Comentarios]:</i></td> </tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> <tr><td colspan="3"> </td></tr> </tbody> </table>	DO YOU OR HAVE YOU HAD...? [¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE...?]	YES [Sí]	NO [No]	10. Glaucoma <i>[Glaucoma]</i>			11. Stiff Jaw or Neck <i>[Mandíbula o Cuello Rígido]</i>			12. A Recent Cold <i>[Resfrío Reciente]</i>			13. Shortness of Breath/Difficulty Breathing <i>[Falta de Aire]</i>			14. Chronic Cough <i>[Tos Crónica]</i>			15. Asthma <i>[Asma]</i>			16. Heart Attack <i>[Ataque al Corazón]</i>			17. Chest Pain / Angina <i>[Dolor en el Pecho / Angina]</i>			18. Palpitations <i>[Palpitaciones]</i>			19. High Blood Pressure <i>[Presión Arterial Alta]</i>			20. Hepatitis <i>[Hepatitis]</i>			21. Hiatal Hernia <i>[Hernia del Hiato]</i>			22. Rheumatic Fever <i>[Fiebre Reumática]</i>			23. Ulcers <i>[Úlceras]</i>			24. Stroke <i>[Derrame Cerebral]</i>			25. Seizures <i>[Convulsiones]</i>			26. Blackouts <i>[Desvanecimientos]</i>			27. Back Problems <i>[Problemas Lumbares]</i>			28. Muscle Diseases <i>[Enfermedades Musculares]</i>			29. Arthritis <i>[Artritis]</i>			30. Diabetes <i>[Diabetes]</i>			31. Thyroid Problems <i>[Problemas del Tiroides]</i>			32. Sickle Cell Anemia <i>[Anemia Drepanocítica]</i>			33. Blood Transfusions <i>[Transfusiones de Sangre]</i>			34. Kidney Disease <i>[Enfermedad Renal]</i>			35. AIDS <i>[SIDA]</i>			36. Crib Death in Family <i>[Muerte Subita del Recien Nacido en la Familia]</i>			37. A recent weight change <i>[Un cambio reciente de peso]</i>			38. Drink alcohol - How much? _____ <i>[Beber alcohol - ¿Cuánto?]</i>			39. Take street drugs <i>[Consumir drogas ilícitas]</i>			Comments <i>[Comentarios]:</i>														
Medication [Medicamentos]	Dose [Dosis]	Frequency [Frecuencia]																																																																																																																										
DO YOU OR HAVE YOU HAD...? [¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE...?]	YES [Sí]	NO [No]																																																																																																																										
10. Glaucoma <i>[Glaucoma]</i>																																																																																																																												
11. Stiff Jaw or Neck <i>[Mandíbula o Cuello Rígido]</i>																																																																																																																												
12. A Recent Cold <i>[Resfrío Reciente]</i>																																																																																																																												
13. Shortness of Breath/Difficulty Breathing <i>[Falta de Aire]</i>																																																																																																																												
14. Chronic Cough <i>[Tos Crónica]</i>																																																																																																																												
15. Asthma <i>[Asma]</i>																																																																																																																												
16. Heart Attack <i>[Ataque al Corazón]</i>																																																																																																																												
17. Chest Pain / Angina <i>[Dolor en el Pecho / Angina]</i>																																																																																																																												
18. Palpitations <i>[Palpitaciones]</i>																																																																																																																												
19. High Blood Pressure <i>[Presión Arterial Alta]</i>																																																																																																																												
20. Hepatitis <i>[Hepatitis]</i>																																																																																																																												
21. Hiatal Hernia <i>[Hernia del Hiato]</i>																																																																																																																												
22. Rheumatic Fever <i>[Fiebre Reumática]</i>																																																																																																																												
23. Ulcers <i>[Úlceras]</i>																																																																																																																												
24. Stroke <i>[Derrame Cerebral]</i>																																																																																																																												
25. Seizures <i>[Convulsiones]</i>																																																																																																																												
26. Blackouts <i>[Desvanecimientos]</i>																																																																																																																												
27. Back Problems <i>[Problemas Lumbares]</i>																																																																																																																												
28. Muscle Diseases <i>[Enfermedades Musculares]</i>																																																																																																																												
29. Arthritis <i>[Artritis]</i>																																																																																																																												
30. Diabetes <i>[Diabetes]</i>																																																																																																																												
31. Thyroid Problems <i>[Problemas del Tiroides]</i>																																																																																																																												
32. Sickle Cell Anemia <i>[Anemia Drepanocítica]</i>																																																																																																																												
33. Blood Transfusions <i>[Transfusiones de Sangre]</i>																																																																																																																												
34. Kidney Disease <i>[Enfermedad Renal]</i>																																																																																																																												
35. AIDS <i>[SIDA]</i>																																																																																																																												
36. Crib Death in Family <i>[Muerte Subita del Recien Nacido en la Familia]</i>																																																																																																																												
37. A recent weight change <i>[Un cambio reciente de peso]</i>																																																																																																																												
38. Drink alcohol - How much? _____ <i>[Beber alcohol - ¿Cuánto?]</i>																																																																																																																												
39. Take street drugs <i>[Consumir drogas ilícitas]</i>																																																																																																																												
Comments <i>[Comentarios]:</i>																																																																																																																												

* Additional space on back of this form.
[El espacio adicional en el reverso de este formulario.]



PRE-ANESTHESIA RECORD
[REGISTRO PREVIO A LA ANESTESIA]

MRU00721 (11/07/12)

Page 2 of 2

ADDITIONAL MEDICATIONS
[MEDICAMENTOS ADICIONALES]

Medication [Medicamentos]	Dose [Dosis]	Frequency [Frecuencia]

ADDITIONAL ALLERGIES TO MEDICATION, FOOD, LATEX, IODINE / DYE, ETC.
[ALERGIAS ADICIONALES A MEDICAMENTOS, COMIDA, LÁTEX, YODO/MATERIAL DE CONTRASTE, ETC.]

Allergies [Alergias]	Reaction [Reacción]

ADDITIONAL SURGERIES AND DATES
[CIRUGÍAS ADICIONALES Y FECHAS]

Surgeries [Cirugías]	Date [Fecha]	Surgeries [Cirugías]	Date [Fecha]

METAL IMPLANTS (TYPE AND LOCATION)
[IMPLANTES DE METAL (TIPO Y UBICACIÓN)]

Metal Implant [Implante de Metal]	Location [Ubicacion]	Metal Implant [Implante de Metal]	Location [Ubicacion]