



ASC EVALUACIÓN DE ADMISIÓN

Bienvenidos al Centro de Cirugía Ambulatoria Modern! Nuestro personal espera con interés la oportunidad de servir a medida que avanza a través de sus procedimientos. Con el fin de asegurar un suave proceso de registro, por favor complete este formulario en su totalidad, y llevar con usted el día de su procedimiento. Por favor, no dude en contactar con nosotros, si tiene alguna pregunta.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Enumere todas las alergias a medicamentos con reacciones correspondientes:

Nombre del Fármaco	Reacción

- ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción a alguna de las siguientes? (Por favor marque todo lo que corresponda o N/A)
Contraste tinte Yodo Cinta adhesiva/Ayudantes de banda N/A

- O adjuntar una lista de todos los medicamentos que toma actualmente:

- ¿Toma bloqueadores beta? SI NO NO ESTOY SEGURO Lista: _____

- ¿Ha sido prescrito, o está tomando algún antibiótico? SI NO Haga una lista de antibióticos que ha tomado en la última semana y la razón para la toma de:

- ¿Está tomando algún anticoagulante? SI NO Por favor marque todo lo que corresponda: Plavix (Clopidogrel); Lovenox (Enoxaparin); Pradaxa; Heparin; Aggrenox (Aspirin/dipyridamole); Ticlid (ticlopidine); Aggrastat (tirofiban); Integrilin (eptifibatide); Pletal (cilostazol); Arixtra (fondaparinux); Orgaran (danaparoid); Other: _____

¿Cuándo fue la última vez que tomó su diluyente de la sangre? _____

- ¿Tiene algún implante de metal? SI NO Lista: _____

- ¿Es usted diabético? SI NO

- Pacientes de sexo femenino sólo seleccione: Post- menopáusica Histerectomía Ni

- Enumere todas las cirugías previas:

FECHA/AÑO	PROCEDIMIENTO

- ¿Ha experimentado complicaciones relacionadas con la sedación previstas para los procedimientos anteriores? NO NO ESTOY SEGURO SI – Por favor explique: _____



MODERN AMBULATORY SURGERY CENTER

• **Historial de salud: Marque todo lo que corresponda (relacionado solo para usted – no es familiar)**

Cardíaco: <input type="checkbox"/> Los ritmos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> La presión arterial alta <input type="checkbox"/> La insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Marcapasos/ Desfibrilador <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	Respiratorio: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> El enfisema <input type="checkbox"/> La enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	Neuro / Musculoesqueléticas: <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
Hígado / GI: <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Incontinencia del intestino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	Renal: <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Incontinencia de la vejiga <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	Otro: <input type="checkbox"/> Infecciones actuales o recientes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> La quimioterapia <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
Vida personal: ¿Fuma usted? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Bebe alcohol? SI NO ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Utiliza alguna droga? Si NO ¿Con qué frecuencia? _____		Altura: _____ Peso: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor, recuerde que debe aparecer por lo menos 30 minutos antes de su hora prevista de inicio del procedimiento. Tómese el tiempo para revisar las instrucciones pre-operatorias antes de su procedimiento. Esperamos contar con su presencia!

REVIEWED BY: _____, RN Date: _____