



KAISER PERMANENTE®

Cuestionario de gastroenterología previo a la sedación para GSAA GSAA Gastroenterology Pre-Sedation Questionnaire

Sírvase contestar las siguientes preguntas antes de llegar para su procedimiento gastroenterológico, para que podamos agilizar su cita y proporcionarle la mejor atención posible. Gracias.

1. Nombre (*Name*): _____ N° de expediente médico (*MR#*): _____
2. Edad (*Age*): _____ Estatura (pies y pulgadas) (*Ht. Ft. Inches*): _____
Peso (libras) (*Wt. Lbs.*): _____ Médico que lo va a ver (*MD Seeing You*): _____
3. Última vez que comió o bebió algo antes del procedimiento: _____
4. ¿Fuma? Si fuma, indique cuántos fuma por día: _____
5. ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna bebida alcohólica? Fecha: _____
6. ¿Tiene un documento de Instrucciones por anticipado? (Documento legal que otorga a alguien la autorización de tomar decisiones médicas por usted): _____ Si lo tiene, ¿Hay una copia en su archivo médico? _____
7. ¿Si es mujer, está embarazada? _____ ¿Está dando pecho? _____
8. ¿Alguna vez lo han sedado o le han aplicado anestesia? _____
Si contestó que sí, ¿ha tenido problemas con la sedación? _____
9. Nombre de la persona que lo va a transportar a casa después del procedimiento: _____
Indique el parentesco que tiene con usted: _____
Indique el número de teléfono de esta persona si no lo está esperando mientras le realizan el procedimiento: _____
10. Indique cualquier alergia que tenga a medicamentos, alimentos o al látex: _____

11. Indique los medicamentos que está tomando actualmente:

Medicamentos	Dosis	Horas habituales de tomárselo	Última vez que lo tomó

12. Sírvase marcar cualquiera de los siguientes problemas médicos, si los tiene:

Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Implantes	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	Ronquidos	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>