

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ Casa: _____ Sexo: _____

Dentista: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene alguna ALERGIA (incluya alimentos)? _____

¿Qué MEDICAMENTOS toma? _____

Nombre/teléfono del pediatra de su hijo(a), y de cualquier especialista (OBLIGATORIO) _____

Cirugías u hospitalizaciones anteriores/futuras. _____

Marque todo lo que corresponda

SÍ NO

1) ¿Fue prematuro el niño? ¿Cuántas semanas? _____

2) ¿Tiene el niño antecedentes de enfermedades/defectos cardíacos congénitos, soplo cardíaco, ataque cardíaco, palpitaciones, arritmia, paro cardíaco? _____

3) ¿Tiene el niño asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, infecciones respiratorias frecuentes o neumonía?

Califique el asma: ¿leve, moderada o grave? ¿Han hospitalizado al niño por su asma? _____

¿Usa el niño un inhalador de mantenimiento? _____ ¿Usa el niño albuterol? _____

¿Con qué frecuencia usa el niño el inhalador de albuterol? _____

¿Está bien controlada su asma? _____

4) ¿Tiene el niño algún otro problema respiratorio como fibrosis quística o bronquitis? _____

5) ¿Ronca el niño ruidosamente por la noche o tiene apnea obstructiva del sueño? ¿Estudio del sueño? _____

6) ¿Tiene el niño amígdalas o adenoides agrandadas? ¿Se le han extirpado estas o se lo han recomendado? _____

7) ¿Tiene el niño algún síndrome, parálisis cerebral, trastornos genéticos o necesidades especiales? _____

8) ¿Tiene el niño alguna anomalía endocrina como problemas de tiroides o diabetes? _____

9) ¿Tiene el niño algún trastorno convulsivo u otras enfermedades/anomalías neurológicas? _____

10) ¿Tiene el niño antecedentes de hemorragias nasales frecuentes? _____

11) ¿Tiene el niño algún problema hepático o trastornos de sangrado o coagulación? _____

12) ¿Tiene el niño problemas renales o enfermedades renales? _____

13) ¿Tiene el niño distrofia muscular, tono muscular bajo, rabdomiólisis u otros problemas musculares? _____

14) ¿Tiene el niño antecedentes de cianosis, hipertensión o dolor en el pecho al hacer ejercicio? _____

15) ¿Tiene el niño cáncer, anemia, anemia drepanocítica o rasgo drepanocítico? _____

16) ¿Tiene el niño alguna enfermedad infecciosa? _____

17) ¿Ha tenido recientemente su hijo alguna infección/enfermedad respiratoria, gripe, VSR o COVID? _____

¿Se requirió algún tratamiento u hospitalización, como por ejemplo un tratamiento respiratorio? _____

18) ¿Tiene el niño o un pariente consanguíneo antecedentes de hipertermia maligna o deficiencia de pseudocolinesterasa? ¿Algún otro antecedente personal o familiar de problemas con la anestesia? _____

19) ¿Tiene el niño autismo, TDAH/TDA, ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental/conductual? _____

20) Enumere y describa cualquier otro problema o inquietud sobre la salud que no se haya mencionado. _____

He leído el historial médico anterior en su totalidad y he respondido a todas las preguntas verazmente y según mi leal saber y entender. Entiendo que si no comunico algún dato sobre mi salud esto podría representar un riesgo para mi seguridad. Por el presente doy permiso a Luxe Anesthesia Services para hablar sobre mi salud con otros profesionales médicos y doy mi consentimiento para la divulgación de mis expedientes médicos para consultas médicas.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____