

# Health History Questionnaire

<b>PATIENT NAME</b>	<b>MALE or FEMALE</b>	<b>AGE</b>	<b>HEIGHT</b>	<b>WEIGHT</b>
<b>Who will take you home?</b>		<b>Relationship</b>		<b>Phone #</b>

Please mark your answer to each question. If you do not understand a question (or your answer is uncertain) place a question mark (?) in the "YES" or "NO" column. Your answers will help the anesthesiologist to give you his or her best care. The types of anesthetics will be explained to you when you arrive in the preoperative area. Your questions will be answered at that time.

*Por favor marque su respuesta a cada pregunta. Si no entiendes una pregunta (o su respuesta es incierto) colocar un signo de interrogación (?) en el "sí" o "NO" columna. Sus respuestas ayudarán el anestesiólogo para darle su mejor atención. Los tipos de anestésicos se explicará a usted cuando usted llega en el área preoperatorio. Sus preguntas serán contestadas en ese momento.*

Have you had or still have? <i>¿Ha tenido o ya tiene?</i>	YES <i>SI</i>	NO <i>NO</i>	Have you had or still have? <i>¿Ha tenido o ya tiene?</i>	YES <i>SI</i>	NO <i>NO</i>	Have you had or still have? <i>¿Ha tenido o ya tiene?</i>	YES <i>SI</i>	NO <i>NO</i>
Have you or your family had an unusual reaction to anesthesia? <i>¿Ha sufrido alguien en su familia síntomas raros al recibir anestesia?</i>			Heart Attack(s) <i>Ataque cardíaco(s)</i>			Kidney trouble <i>Problemas de los riñones</i>		
Are you pregnant? <i>¿Esta encinta?</i>			Irregular or fast heart beats <i>Latidos irregulares o rápidos</i>			Prostate trouble <i>Problemas de la prostata</i>		
Do you wear dentures? <i>¿Usa ud placas dentales?</i>			A recent cold <i>Un catarro reciente</i>			Back pain or injury <i>Dolor a deno de la espalda</i>		
Do you wear contact lenses? <i>¿Usas lentes de contacto?</i>			Bronchitis, chronic cough <i>Bronquitis, una tos crónica</i>			Slipped disc, sciatica <i>Disco dislocado o la ciática</i>		
Do you wear hearing aids? <i>¿Usted usa audífonos?</i>			Hayfever <i>Fiebre de heno</i>			Convulsions, epilepsy <i>Convulsiones, epilepsia</i>		
Do you drink alcohol daily? <i>¿Toma bebidas alcoholicas?</i>			Asthma <i>Asma</i>			Stroke <i>Embolia</i>		
Valvular heart problems <i>Problemas de valvulas cardiacas</i>			Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>			Polio, paralysis, meningitis <i>Polio, paralisis, meningitis</i>		
Rheumatic fever <i>Fiebre reumatica</i>			Emphysema <i>Enfisema</i>			Diabetes <i>Diabetes</i>		
Heart murmur <i>Murmulo del corazon</i>			Any other lung problem <i>Otra problema con los pulmones</i>			Thyroid trouble <i>Problemas de glandula tiroides</i>		
High blood pressure <i>Alta presion</i>			Do you smoke? <i>¿Fuma ud.?</i>			Does your blood clot well? <i>¿Problema con coagular el sangre?</i>		
Heart failure, water on lungs <i>¿Ha fallado el corazon?</i>			Hepatitis, liver trouble <i>Hepatitis, problemas del higado</i>			Anemia <i>Anemia</i>		
Chest pain or angina <i>Dolor del pecho, angina del pecho</i>			Ulcer disease <i>Ulcera del estomago</i>			Blood transfusion <i>Transfusion de sangre</i>		
			Heartburn/acid reflux <i>Pirosis</i>			Sickle cell illness <i>Enfermedad de celula, forma de hoz</i>		

**List all allergies that you have (include foods, tape, LATEX, etc)./Lista de todas las alergias que tienes (incluyen alimentos, cinta, látex, etcetera).**

---

**List any previous surgeries/dates. Por favor indique cualquier cirugías/fechas anteriores.**

---

<b>Patient Signature</b>		<b>Date</b>
There have been no changes to the above (wait to sign):		
Patient Signature		Date