

Health History Questionnaire

PREFERRED NAME	GENDER	PREFERRED PRONOUN	AGE	HEIGHT	WEIGHT
----------------	--------	-------------------	-----	--------	--------

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. If needed, you may continue information on the back of this form.

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 al 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. Si es necesario, puede continuar con la información en el reverso de este formulario.

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), Heart failure, <i>Ataque carduaco(s), ¿Ha fallado el</i>			Kidney trouble <i>Problemas de los rinones</i>		
			Irregular or fast heart beats <i>Latidos irregulares o rapidos</i>			Prostate trouble <i>Problemas de la prostata</i>		
Are you pregnant? <i>¿Esta encinta?</i>			A recent cold <i>Un catarro reciente</i>			Back pain or injury <i>Dolor a deno de la espalda</i>		
Do you wear dentures? <i>¿Usa ud placas dentales?</i>			Bronchitis, chronic cough <i>Bronquitis, una tos cronica</i>			Slipped disc, sciatica <i>Disco dislocado o la ciatica</i>		
Do you wear contact lenses? <i>¿Usas lentes de contacto?</i>			Hayfever <i>Fiebre de heno</i>			Convulsions, epilepsy <i>Convulsiones, epilepsia</i>		
Do you wear hearing aids? <i>¿Usted usa audifonos?</i>			Asthma, Emphysema <i>Asma, Enfisema</i>			Stroke, Problems with blood clotting <i>Embolia, ¿Problema con coagular el</i>		
Do you drink alcohol daily? <i>¿Toma bebidas alcoholicas?</i>			Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>			Polio, paralysis, meningitis <i>Polio, paralisis, meningitis</i>		
Valvular heart problems <i>Problemas de valvulas cardiacas</i>			Thyroid trouble <i>Problemas de glandula tiroides</i>			Diabetes <i>Diabetes</i>		
Rheumatic fever <i>Fiebre reumatica</i>			Any other lung problem <i>Otra problema con los pulmones</i>			Anemia <i>Anemia</i>		
Heart murmur <i>Murmullo del corazon</i>			Do you smoke? <i>¿Fuma ud.?</i>			Blood transfusion <i>Transfusion de sangre</i>		
High blood pressure <i>Alta presion</i>			Hepatitis, liver trouble <i>Hepatitis, problemas del hgado</i>			Sickle cell illness <i>Enfermedad de celula, forma de hoz</i>		
Dementia, Alzheimer's <i>Demencia, Alzheimer</i>			Ulcer disease <i>Ulcera del estomago</i>			Add'l information cont. on back of page		
Chest pain or angina <i>Dolor del pecho, angina del pecho</i>			Heartburn/acid reflux <i>Pirosis</i>			<i>Info. adicional contenida en la parte posterior de la pagina</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.*

Patient Signature

Date

There have been no changes to the above (wait to sign):

Patient Signature

Date

