# TAMPA BAY ENDOSCOPY CENTER
## Formulario Pre-Anestesia
## Pre-Anesthesia Form

Name_____ Date_____
Nombre_____ Fecha _____

Proposed Procedure_____ Height_____ Weight_____
Procedimiento_____ Altura_____ Peso_____

Allergies_____ Latex Sensitivity_____
Alergias_____ Sensibilidad al latex _____

Medications:Please include all prescriptions,vitamins,minerals and suplements.
Medicinas: Por favor incluya todas las recetas, vitaminas, minerals y suplementos

| Drug Name<br>Nombre Medicina | Strength<br>Dosis | Frequency<br>Frecuencia |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Family History of anesthesia related problems or anesthesia complications
Historia familiar de problemas o complicaciones relacionados con la anestesia
Yes_____ No_____ If yes describe_____
Si_____ No_____ En caso afirmativo por favor describa a continuacion_____

Have you ever had an operation? Yes_____ No_____If yes ,please list below
Ha tenido alguna cirugia? Si_____ No____ Si respondio si haga una lista debajo

_____
_____
_____

Do you smoke? Yes___ No_____If yes, how much?_____How long?_____
Ud fuma? Si_____ No_____ Si respondio si, cuanto?_____
Por cuanto tiempo? _____

Do you drink alcohol?__Yes____ No____If yes , how much?_____How long?_____
Bebe alcohol? Si_____ No_____ si respondio si, cuanto?_____
Por cuanto tiempo? _____

Do you use recreational drugs? Yes___ No_____What type?_____
How often?_____

Usa drogas recreativas Si_____ No_____
Cuales?_____ Con que frequencia? _____

Could you be pregnant? Yes____No____ Last menstrual period:_____
Puede estar embarazada? Si____ No___Utimo periodo menstrual_____

| Medical History<br>Historia Clinica | Circle<br>Haga un circulo | If yes provide additional information<br>Por favor explique si contesto si |
|---|---|---|
| Cardiac: Cardiac disease<br>Corazon:Enfermedad cardiaca | Yes/No<br>Si/No | |
| Heart Attack<br>Ataque al corazon | Yes/No<br>Si/No | |
| Angina<br>Angina | Yes/No<br>Si/No | |
| High Blood Pressure<br>Presion alta | Yes/No<br>Si/No | |
| Valve prolapse<br>Valvula Prolapsada | Yes/No<br>Si/No | |
| Irregular Heart Beat<br>Latido irregular | Yes/No<br>Si/No | |
| Recent Stress Test<br>Prueba de stress reciente | Yes/No<br>Si/No | |
| Respiratory:<br>Respiratorio: | | |
| Lung Disease<br>Enfermedad del pulmon | Yes/No<br>Si/No | |
| Asthma/Bronchitis<br>Asma/Bronquitis | Yes/No<br>Si/No | |
| COPD/ Emphysema<br>Obstruccion pulmonar cronica<br>Enfisema | Yes/No<br>Si/No<br>Si/No | |
| Shortness of Breath<br>Dificultad respiratoria | Yes/No<br>Si/No | |

Endocrine:

Endocrino:

Diabetes Yes/No_____
Diabetes Si/No_____

Liver Disease Yes/No_____
Enfermedad del higado Si/No_____

Hepatitis/Cirrosis Yes/No _____
Hepatitis/Cirrosis Si/No_____

Thyroid/Goiter Yes/No_____
Tiroides/Bocio Si/No_____

Neurological:
Neurologico:

Stroke Yes/No_____
Embolia Si/No_____

Seizure disorder Yes/No_____
Convulsiones Si/No_____

Neuromuscular Yes/No_____
Neuromuscular Si/No_____

Blood:
Sangre:

Sickle Cell Anemia Yes/No_____
Sickle cell Anemia Si/No_____

Blood Transfusions Yes/No_____
Transfusiones de sangre Si/No_____

Blood Thinners Yes/No_____
Anticoagulantes Si/No_____

HIV Positive Yes/No_____
HIV Positivo Si/No_____

Renal: Renal Disease Yes/No_____
Riñon:Enfermedades del riñon Si/No_____

History of broken facial bones Yes/No_____
Historia de huesos rotos de la cara Si/No_____

Recent weight loss Yes/No_____
Perdida de peso reciente Si/No_____

Contact lenses/ Glasses Yes/No_____
Lentes de contacto/Gafas Si/No_____

Loose teeth, dentures Yes/No_____
Dientes sueltos/dentadura postiza Si/No_____

Caps, Crowns Yes/No_____
Fundas dientes / Coronas Si/No_____

Any illness/condition not previously
Mentioned Yes/No_____
Alguna enfermedad o condicion que no
Hallamos mencionado antes Si/No_____

_____
Firma del paciente /Patient signature Fecha /Date

_____
Nurses Signature Date

**For Anesthesia Personnel Only**

Cardiac: Regular Rhythm_____Irregular Rhythm_____Murmur _____
Other_____
Lungs: Breath sounds Normal_____ Rales_____ Wheezing_____
Airway: No apparent airway issues_____
Other_____
Anesthesia comments: ASA Class _____
_____
_____
_____

_____
Signature of Anesthesia Care Provider Date