



CarePoint Anesthesia

Información Médica Confidencial para la Anestesia Adulto

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Nombre de la persona que llene el formulario _____ Relación al paciente _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Fax _____

Nombre al dentista _____

Información General

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado de salud General actual: Excelente Bueno Mas o menos bien Mal

Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras.

Médico primario: _____ teléfono: _____

Address: _____

Médico especialista: _____ teléfono: _____

Address: _____

1. ¿Tiene alergias a medicamentos, suplementos o látex? NO o SÍ
Tipo de alergia: _____
Reacciones: Erupción urticaria urgencias otros _____

2. ¿Sangran excesivamente después de un corte o una cirugía? NO o SÍ

3. ¿Tuviste la anestesia general en el pasado? NO o SÍ
¿Algún problema? _____

4. ¿Alguien en su familia ha tenido problemas con la anestesia general? NO o SÍ

¿Qué problemas? _____

5. Lista de todos los medicamentos, drogas y ahora está tomando suplementos: _____

6. Solo para mujeres:

Algunos fármacos anestésicos pueden dañar al feto.

¿está embarazada, o puedes ser? NO o SÍ

¿Si no se de enfermería? NO o SÍ

Sí no último periodo menstrual: _____

¿Tiene o alguna vez tuviste, cualquiera de las siguientes condiciones?

Enfermedades del corazón	NO	SÍ	Cuando	tratamiento de medicina
corazón murmullo	_____	_____	_____	_____
hipertensión	_____	_____	_____	_____
arterial pecho	_____	_____	_____	_____
dolor ataque	_____	_____	_____	_____
cardíaco irregular latido	_____	_____	_____	_____
otro problema coronario	_____	_____	_____	_____

Enfermedades pulmonares	NO	SÍ	Cuando	tratamiento de medicina
dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
asma	_____	_____	_____	_____
enfisema/bronquitis	_____	_____	_____	_____
apnea obstructiva	_____	_____	_____	_____
otro problema de pulmón	_____	_____	_____	_____
¿fumadores actuales o anteriores?	_____	_____	_____	¿Cuántos paquetes/día? _____

Otras condiciones	NO	SÍ	Cuando	tratamiento de medicina
Diabetes	_____	_____	_____	_____
enfermedad del riñón	_____	_____	_____	_____
enfermedad hepática hepatitis	_____	_____	_____	_____
GERD/ulcera/hernia	_____	_____	_____	_____
accidente cerebrovascular	_____	_____	_____	_____
trastorno convulsivo	_____	_____	_____	_____
afección psiquiátrica	_____	_____	_____	_____
uso de drogas recreativas	_____	_____	_____	_____
cáncer	_____	_____	_____	_____
problemas de la tiroides	_____	_____	_____	_____
osteoporosis	_____	_____	_____	_____
problemas musculares/articulación	_____	_____	_____	_____

Por favor indique cualquier otro médico condiciones _____

Yo certifico que la información anterior es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente tratamiento y resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma del paciente (o del tutor legal)

Fecha

(Relación con el paciente, si el paciente no legalmente capaz de dar su consentimiento:_____)

CarePoint Anestesia Group, LLC principal
8301 E Prentice Avenue, Suite 215
Greenwood Village, CO 80111
Teléfono 720.606.4220
Fax 720.606.4221
www.carepointanesthesia.com
info@carepointanesthesia.com

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Atención punto Anestesia Group, LLC

A continuación se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para hacerte más aprensivos, sino permitirle comprender mejor los riesgos y beneficios implicados con tratamiento anestésico.

Yo por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con CarePoint para administrar anestesia previamente discutida conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos que no fue hablado, pero se considera necesario para mi bienestar del niño, pueden ser realizados para complementar la anestesia prevista. Se ha explicado a mí que todos los tipos de anestesia, aunque seguro, implican algunos riesgos y no pueden hacerse garantías sobre resultados. Las complicaciones serias son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociadas con el tratamiento anestésico:

Complicaciones comunes:

- Dolor o hematomas en el sitio IV
- Dolor de garganta o ronquera
- Muscular dolores
- Náuseas o vómitos

Complicaciones infrecuentes:

- Dolor de cabeza
- Heridas en los labios o los dientes de las vías respiratorias instrumentos o dispositivos
- Inesperada reacción de la droga
- La infección en el sitio intravenoso y venas cercanas
- Hemorragia, lesión en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- Infección pulmonar
- Ojo lesión o infección
- Debilidad en la respiración después de despertar
- Daño al nervio

Complicaciones raras:

- Heridas del corazón
- Daño cerebral o muerte

Alternativas a la sedación profunda/general anestesia han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación de óxido nitroso o anestesia local sola.

Puedo confirmar que el paciente no ha tenido nada que comer o beber (salvo los medicamentos indicados con la menor cantidad de agua) durante al menos ocho 8 horas antes de la anestesia.

Yo certifico que mi conocimiento del paciente no es embarazada o planea quedar embarazada.

Doy mi consentimiento a la anestesia que se estime conveniente por mi anesthesiólogo. Reconozco que he leído este formulario o había leído a mí y que entiendo los riesgos, alternativas y resultados esperados del plan de atención anestésico.

Yo certifico que la información médica que fue explicada durante la consulta es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente tratamiento y resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma del tutor legal o paciente

Fecha

Relación con el paciente: _____

CarePoint Anestesia Group, LLC
8301 E Prentice Avenue, Suite 215
Greenwood Village, CO 80111
Phone 720.606.4220
Fax 720.606.4221

