

## Questionario Para El Paciente

	Yes	No	Don't Know
Le ha dado a usted Dolores de pecho o angina?	_____	_____	_____
Ha tenido usted algun ataque del corazon?	_____	_____	_____
Ha tenido usted alguna cirugia del corazon?	_____	_____	_____
Ha tenido usted algun fallo del corazon?	_____	_____	_____
Tiene usted un fibrilador atrial o algun otro sonido abnormal en su corazon	_____	_____	_____
Tiene la percion mas alta que 160/90, aun estando en medicamentos de alta precion?	_____	_____	_____
Tiene usted algun problema con la sangre?	_____	_____	_____
Ha tenido usted algun ataque de asthma o algun problema respiratorio en los ultimos meses?	_____	_____	_____
Tiene usted emphysema o bronchitis chronico?	_____	_____	_____
Usa usted una maquina para poder respirar en su casa?	_____	_____	_____
Que usted sepa, ha tenido algun problema poniendole el tubo de respirar en la sala de operacion?	_____	_____	_____
Ha tenido usted cirugia en la garganta, pulmones o los cordials vocales?	_____	_____	_____
Tiene usted problema abriendo la boca o moviendola de atras para adelante?	_____	_____	_____
Usted recibe dialysis?	_____	_____	_____
Tiene usted cirrhosis en el higado?	_____	_____	_____
Ha tenido usted alguna reaccion alergica de vida o muerte a la anesthesia?	_____	_____	_____
Tiene usted algun familiar que sufre de hyperthermia maligno?	_____	_____	_____
Deccea ver usted un anesthesiologo antes del dia de su cirugia?	_____	_____	_____

If any box is marked "yes", please refer to the PAU. If all answers are marked either "no" or "don't know", patient may be seen on the day of surgery.