



**TAMPA OUTPATIENT SURGICAL FACILITY**  
**Evaluación de la Anestesia**

Procedimiento Quirúrgico: _____				Edad: _____		Altura: _____		Peso: _____			
Coloque una "x" en la columna apropiada:				Sí	No	No Sé		Coloque una "x" en la columna apropiada:			
1. ¿Tienes que tomar antibióticos para proteger su corazón antes de la cirugía?								11. ¿Alguna vez has tenido problemas en el tracto digestivo?			
2. ¿Usted fuma? Examen de la Tuberculosis (PPD) _____ ¿Cuántos años? _____ ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____								¿Las úlceras / hernia de hiato?			
3. ¿Usa drogas recreativas?								¿Reflejos ácidos?			
4. ¿Bebe alcohol?								12. ¿Alguna vez has tenido problemas en las articulaciones o los músculos?			
5. ¿Tiene algún diente flojo, tapado, o falso?								¿Artritis?			
6. ¿Usas lentes de contacto?								¿Huesos rotos?			
7. ¿Alguna vez has tenido problemas del corazón?								¿Movimiento de la articulación limitada?			
								13. ¿Alguna vez has tenido algún problema metabólico?"			
								¿Diabetes?			
								¿Enfermedad de la tiroides?			
								14. ¿Alguna vez has tenido un ataque isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular?			
								¿Lesión en la cabeza, dolores de cabeza, entumecimiento u hormigueo en las extremidades? ¿Convulsiones o Epilepsia?			
								15. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con la anestesia?			
								¿Hipertermia maligna?			
								16. ¿Está embarazada?			
								¿Ha tenido una histerectomía o ligadura de trompas?			
								17. ¿Tiene alguna historia de cualquier cáncer? Por favor lista:			
8. ¿Alguna vez has tenido problemas en los pulmones?								18. ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? Por favor lista:			
								19. ¿Tiene alguna alergia? Por favor lista:			
9. ¿Alguna vez has tenido problemas urinarios?											
10. ¿Tiene alguna enfermedad infecciosa?											
HEPATITIS      VIH      TB      MRSA      (Marque con un círculo)								PHYSICAL EXAMINATION / DOS      ASA#      1      2      3      4      5			
PREGNANCY TEST _____								AIRWAY			
DATE: _____ BY: _____								HEART			
ACCU CHECK: _____ MG/DL (NORMAL RANGE 70 – 110 MG/DL)								LUNGS			
DATE: _____ BY: _____								□ LABS/EKG/CXR REVIEWED    NPO _____ HRS.			
□ PT REQUESTS ANESTHETIC SEDATION (MAC/GETA)								PROPOSED ANESTHESIA _____			
□ DR REQUESTS ANESTHESIA PRESENCE 2 <sup>o</sup> TO MEDICAL STATUS								PAIN MANAGEMENT /HEALTH STATUS UNCHANGED			
□ PT & SURGEON REQUESTS POST-OP PAIN MANAGMENT								DATE _____ SIGNATURE _____			
□ ANESTHESIA HAS REVIEWED EVALUATION WITH PATIENT & ADDRESSED CONCERNS								_____ _____ _____			
ANESTHESIOLOGIST'S SIGNATURE: _____								<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>PATIENT STICKER</p> </div>			
DATE: _____											

**OFFICE USE ONLY**  
**Pre-op Teaching and Instructions**

**Date of Interview:** \_\_\_\_\_ **Type of Interview:** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Pre-Op Visit** \_\_\_\_\_ **Day of Surgery**

**Labs ordered: Per Criteria / Physician / N/A** **Date / Location of labs to be drawn:** \_\_\_\_\_

Medical / Cardiac Clearance: Yes / No Name of Physician \_\_\_\_\_ Phone / Fax No: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Bring paperwork from surgeon: \_\_\_\_\_

**DOS Arrival Time:** \_\_\_\_\_ **Ride:** \_\_\_\_\_ **NPO Time:** \_\_\_\_\_

Clothing/makeup suggestions: \_\_\_ Jewelry left home: \_\_\_ Directions to facility: \_\_\_ Person Interviewed: Patient / Other: \_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

**Interview & Pre-op Teaching by:** \_\_\_\_\_ **Interpreter (if applicable):** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**  
**Pre-op Teaching and Instructions**

**Date of Interview:** \_\_\_\_\_ **Type of Interview:** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Pre-Op Visit** \_\_\_\_\_ **Day of Surgery**

**Labs ordered: Per Criteria / Physician / N/A** **Date / Location of labs to be drawn:** \_\_\_\_\_

Medical / Cardiac Clearance: Yes / No Name of Physician \_\_\_\_\_ Phone / Fax No: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Bring paperwork from surgeon: \_\_\_\_\_

**DOS Arrival Time:** \_\_\_\_\_ **Ride:** \_\_\_\_\_ **NPO Time:** \_\_\_\_\_

Clothing/makeup suggestions: \_\_\_ Jewelry left home: \_\_\_ Directions to facility: \_\_\_ Person Interviewed: Patient / Other: \_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

**Interview & Pre-op Teaching by:** \_\_\_\_\_ **Interpreter (if applicable):** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**  
**Pre-op Teaching and Instructions**

**Date of Interview:** \_\_\_\_\_ **Type of Interview:** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Pre-Op Visit** \_\_\_\_\_ **Day of Surgery**

**Labs ordered: Per Criteria / Physician / N/A** **Date / Location of labs to be drawn:** \_\_\_\_\_

Medical / Cardiac Clearance: Yes / No Name of Physician \_\_\_\_\_ Phone / Fax No: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Bring paperwork from surgeon: \_\_\_\_\_

**DOS Arrival Time:** \_\_\_\_\_ **Ride:** \_\_\_\_\_ **NPO Time:** \_\_\_\_\_

Clothing/makeup suggestions: \_\_\_ Jewelry left home: \_\_\_ Directions to facility: \_\_\_ Person Interviewed: Patient / Other: \_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

**Interview & Pre-op Teaching by:** \_\_\_\_\_ **Interpreter (if applicable):** \_\_\_\_\_