

Nombre: _____ **Fecha de Nac.:** ____/____/____
Especialidad: _____ **Cama:** ____ **Edad:** ____ **Alergias:** _____
Diagnóstico Quirúrgico: _____
Cirugía Programada: _____ **Urgente ()**
Anestesia Programada: _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____

Fecha de Valoración: ____/____/____

Factores de Riesgo Quirúrgico

Tabaquismo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Activo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tabaquismo Pasivo:	Índice Tabáquico:
Alérgico	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Especifique:			
IAM Previo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Hace cuánto tiempo?			
Angina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Clase SCC	Disnea ()		Angor ()
Ins. Card. Congestiva	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Clase NYHA			
Hipertensión	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tiempo de Evolución			
Diabetes Mellitus	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tipo 1 ()	Tipo 2 ()	Otro:	
Complicaciones Crónicas (Especifique):					
Arritmias	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tipo			
Valvulopatía Cardíaca	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tipo			
Hemorragiparos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tipo			
Hepatopatía	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Child			
Enf. Renal Crónica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Filtrado Glomerular			
Complicaciones Quirúrgicas Previas:					
Cirugías Previas:					
Otros Antecedentes:					

Examen Físico

T.A. _____ F.C. _____ FR _____ Temp _____ SatO2 _____

Tratamiento Actual, Tipo y Dosis

Laboratorio

HB _____ Plaq _____ Leucocitos _____ Glucosa _____ Creat _____
 TP _____ TTPa _____ INR _____ NA _____ K _____
 Grupo y Rh: _____ Otras Alteraciones: _____

EKG

Ritmo _____ Frecuencia _____ HIV Sí No BRIHH Incompleto Completo
 Bloqueo A-V Grado _____ Q. Patológicas en Cara _____ Alt, ST-T Isquémicas en Cara _____
 Otras Alteraciones _____
 Otros Estudios Cardiológicos _____
 RX de Tórax *Epoc* Sí No Otras Alteraciones _____
 Riesgo Quirúrgico: ASA _____/V Goldman _____/V Betsky _____/V
 IDX: _____

Estado Funcional:

Nombre y firma del cirujano

Cédula