



CUESTIONARIO PREOPERATORIO DE CIRUGIA

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de su cita de cirugía: _____ Hora de la cita: _____

Tenga en cuenta: Para cancelar o reprogramar su cita, comuníquese con la oficina correspondiente de la lista de ubicaciones a continuación. Si NO cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación y NO se presenta a su cita, se le facturará una tarifa no reembolsable de \$100.

UBICACIONES:

- FAIRFIELD – 480 Chadbourne Rd, Suite 201, Fairfield CA 94537, Ph 707-399-4500
- VACAVILLE – 600 Nut Tree Rd, Suite 260, Vacaville CA 95687, Ph 707-452-7222
- VALLEJO- 2290 Sacramento St. Vallejo, CA 94590, Ph 707-643-5785
- ST. HELENA- 1030 Main St. Suite 200, St. Helena, CA 94574, Ph 707-963-5450
- NAPA- 1700 Second St. Suite 220, Napa CA 94558, Ph 707-252-2931

Proveedor de referencia: _____

Proveedor de atención médica primaria: _____

Nombre de farmacia: _____ Calle: _____ Ciudad: _____

Numero de telefono: _____

Si / NO Es alérgico/a a algún medicamento? Porfavor enliste: _____

Tomas diluyentes de la sangre? Si / NO (En caso afirmativo, por favor responda a continuación)

En caso afirmativo, ¿para qué diagnóstico? _____

Si / NO Aspirina: 81 mg una vez al día o 325 mg una vez al día (circula uno)

Si / NO coumadina (guerrafarina) – INR: _____ Fecha (en el ultimo mes): _____

Si / NO Plavix (clopidogrel)

Si / NO Xarelto (rivaroxaban) Informacion de contacto de su cardiologo:

Si / NO Eliquis (apixaban) Nombre: _____

Si / NO Pradaxa (dabigatran) Telefono: _____

Si / NO Savaysa (edoxaban)

Otros medicamentos que está tomando actualmente (recetas, aspirina, vitaminas, suplementos de hierbas):

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Con qué frecuencia (cuantas veces por día)</u>



Si / NO **Toma antibióticos antes de trabajos dentales?**

Si / NO **Usted fuma?**

Si / NO **Tiene dificultad para caminar o necesita ayuda para trasladarse?**

*** Si está en una silla de ruedas o necesita ayuda para trasladarse a una mesa de operaciones, infórmele a su programador/a de Mohs ANTES de la fecha de su cirugía.***

Historial de salud:

Si / NO **Transplante de organo** Información de contacto del médico de trasplante de órganos:

Nombre: _____

Telefono: _____

Si / NO **Linfoma**

Si / NO **Leucemia (e.g. Leucemia linfocítica crónica)**

Si / NO **VIH/SIDA**

Si / NO **Hepatitis B o Hepatitis C** Fecha de tratamiento: _____

Si / NO **Cirugía de Válvula Cardíaca** Fecha: _____

Si / NO **Cirugía de reemplazo articular** Fecha: _____

Si / NO **Marcapasos/desfibrilador**

Si / NO **Otro dispositivo electrónico implantable (implante coclear, cerebro profundo, estimuladores de la médula espinal o de los nervios, marcapasos gástrico, estimulador óseo)**

Si / NO **Diabetes**

Si / NO **Enfermedad Arterial Periférica – “arterias obstruidas o endurecidas” en las piernas**

Si / NO **Estasis venosa – “venas que goten” en las piernas**

Si / NO **Infecciones en la piel**

Si / NO **Sensibilidad al vendaje/adhesivo**

Si / NO **Sensibilidad de sutura**

Si / NO **Cicatrices queloides**

Si / NO **Reacciones vasovagales – “desmayo o sensación de desmayo” con procedimientos**