



34474-08

FAX Back to
404-785 5660

Children's Healthcare of Atlanta Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC

PRE-ANESTHETIC HISTORY SHEET (PLEASE PRINT) FORMULARIO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA (POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre

Date of Birth _____
Fecha de Nacimiento

MRN# _____

Account/HAR# _____
PATIENT IDENTIFICATION

DATE OF SURGERY _____
Fecha de cirugía

CHILD'S AGE _____
Edad del niño/a

SEX M F
Sexo Niño Niña

HEIGHT
Altura

WEIGHT
Peso

SURGEON _____
Cirujano

OPERATION _____
Cirugía

PLEASE CIRCLE THE CORRECT ANSWER OR FILL IN THE BLANK (POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA O ESCRIBA EN LOS ESPACIOS)

1. Child's general health is: GOOD FAIR POOR Immunizations up to date? NO YES
En general, la salud de su niño/a es: BUENA REGULAR MALA ¿Están las vacunas al día? NO SÍ
Had chicken pox? NO YES Recent exposure to chicken pox? NO YES Date: _____
¿Ha tenido varicela? NO SÍ ¿Ha estado expuesto a la varicela recientemente? NO SÍ Fecha: _____

2. In the past 3 months, has he/she had a cold, cough, fever, sore throat? NO YES Any complaints now? NO YES
¿Ha tenido el niño/niña gripe, tos, fiebre, o dolor de garganta en los últimos 3 meses? NO SÍ ¿Tiene algún problema ahora? NO SÍ
If yes, explain _____
Si responde sí, por favor explique _____

Has your child had a respiratory treatment in the last 3 months? NO YES When _____ REASON _____
¿Ha tenido su niño que usar tratamientos respiratorios en los últimos 3 meses? NO SÍ (Fecha de uso) (RAZÓN)

3. List previous dates of hospitalization(s) and reasons for the hospitalizations (include surgery) of your child.
Escriba las fechas de hospitalización de su niño/a y las razones por las cuales fue hospitalizado/Incluyendo las cirugías que ha tenido.
DATE _____ REASON _____ DATE _____ REASON _____
FECHA _____ RAZÓN _____ FECHA _____ RAZÓN _____
DATE _____ REASON _____ DATE _____ REASON _____
FECHA _____ RAZÓN _____ FECHA _____ RAZÓN _____

Previous visit to CHOA? NO YES REASON _____
¿Ha estado anteriormente en Children's Healthcare of Atlanta? NO SÍ (RAZÓN)

4. Has the child ever had a general anesthetic? NO YES Were there any serious problems? NO YES Explain _____
¿Ha recibido el niño/a anestesia general alguna vez? NO SÍ ¿Tuvo algún problema serio debido a la anestesia? NO SÍ Explique _____

Has any family member had any serious problem with anesthesia? NO YES
¿Algún familiar ha tenido problemas serios debido a la anestesia? NO SÍ

If yes, explain _____
Si responde sí, explique por favor _____

5. Allergies: (medication/food/latex)? NO YES To what? _____
¿Alergias: (Medicamentos/alimentos/látex)? NO SÍ ¿A qué? _____
Reaction: _____
Tipo de reacción

6. Does the child currently take any medicines/vitamins/herbs? NO YES List _____
(¿Está tomando el niño/a alguna medicina/vitamina/yerbas medicinales ahora? NO SÍ Escriba _____

Aspirin or ibuprofen last 7 days? NO YES Last time given: _____ REASON _____
¿Aspirina o Ibuprofeno en los últimos 7 días? NO SÍ Última vez RAZÓN _____

What medications does he/she take occasionally? _____ REASON _____
¿Qué medicinas toma ocasionalmente RAZÓN _____

7. Has the child been tested for sickle cell? NO YES
¿Se le ha hecho al niño/a un examen para detectar la anemia drepanocítica? NO SÍ

The child (Does / Does not) have sickle cell disease or trait (Circle correct choice)
El niño/a (tiene / no tiene) anemia drepanocítica o rasgos de la enfermedad (Marque con un círculo la respuesta correcta).

6490-01SP-MM (4/13)

8. Please check box if the child has had any of the following. **If yes to any of the following questions please provide name of Specialist.**
 Por favor marque la casilla si su niño/a ha tenido alguno de los siguientes. **Si ha marcado "SI" en alguna pregunta, por favor escriba el nombre del especialista que está tratando a su niño/a.**

* (A) HEART OR BLOOD PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS DEL CORAZÓN O DE LA SANGRE..... NO SÍ
 Heart Defect (Defectos del corazón)
 Bleeding Problems (Problemas hemorrágicos)
 Heart Murmur (Soplo en el corazón)
 Any Blood Transfusions (Transfusión de sangre)
 Other (Otro) _____

* (B) LUNG OR BREATHING PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS CON LOS PULMONES O LA RESPIRACIÓN..... NO SÍ
 Asthma/Wheezing, When (Asma/Sibilancias, ¿Cuándo?) _____
 Croup, When (Crup, ¿Cuándo?) _____
 Bronchiolitis/Bronchitis, When _____
 (Bronquiolitis/Bronquitis crónica, ¿Cuándo?)
 Cystic Fibrosis (Fibrosis quística)
 Pneumonia, When (Neumonía, ¿Cuándo?) _____
 Other (Otro) _____

* (C) NERVOUS SYSTEM PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS CON EL SISTEMA NERVIOSO..... NO SÍ
 Convulsions, Seizures, or Fits (Convulsiones, o Ataques epilépticos)
 Cerebral Palsy (Parálisis cerebral)
 Hydrocephalus (Hidrocefalia)
 Down's Syndrome (Síndrome de Down)
 Myelomeningocele (Mielomeningocele)
 Developmental Delay (Retraso en el desarrollo)
 Autism (Autismo)
 Other (Otro) _____

* (D) DIGESTIVE SYSTEM PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS CON EL SISTEMA DIGESTIVO..... NO SÍ
 Hepatitis (Hepatitis)
 Intestines or Bowels (Intestino)
 Liver (Hígado)
 Gastro-Esophageal Reflux (Reflujo gastroesofágico)
 Stomach (Estómago)
 Overweight (Sobrepeso)

* (E) GLANDULAR PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS DE LAS GLÁNDULAS..... NO SÍ
 Diabetes (Diabetes)
 Thyroid (Tiroides)
 Other (Otro) _____

(F) BIRTH PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS AL NACER..... NO SÍ
 Prematurity (Prematuro) _____ Wks Early (Semanas antes de tiempo)
 Birth Weight (Peso al nacer) _____
 Artificial Ventilation Needed? (¿Necesito ventilación artificial?)
 Apnea monitor (Monitor de apnea) _____
 Last used (Última vez usado) _____
 Is child twin? (¿El niño es mellizo?) triplet? (¿Trillizo?) _____
 Brain Bleed (¿Hemorragia cerebral?) _____
 Other (Otro) _____

* (G) KIDNEY OR BLADDER PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS DE LA VEJIGA O DE LOS RIÑONES..... NO SÍ
 Explain (Explique) _____

(H) IF MENSTRUATION HAS STARTED..... NO YES
 HA COMENZADO LA MENSTRUACIÓN..... NO SÍ
 Date of last menstrual period _____
 (Fecha del último período)
 Is there any possibility of pregnancy?..... NO YES
 (¿Podría estar embarazada?)..... NO SÍ

* (I) MUSCLE OR BONE/JOINT PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS DE MÚSCULOS/HUESOS/ARTICULACIONES..... NO SÍ
 Muscle Disorder (Trastornos musculares)
 Bone Disease (Enfermedades de los huesos)
 Joint Disease (Problemas con las articulaciones)
 Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoidea)
 Other (Otro)

(J) TEETH..... NO YES
 DIENTES..... NO SÍ
 Any loose? (¿Dientes flojos?) _____
 Any missing? (¿Ha perdido algún diente?) _____
 Any chipped or capped? (¿Algún diente partido o calzado?) _____
 Dental Appliance (¿Aparato dental?) _____
 Type (Tipo) _____

* (K) CANCER/CHEMOTHERAPY..... NO YES
 CANCER/QUIMIOTERAPIA..... NO SÍ

(L) HEARING AID/GLASSES/PROSTHESIS/CONTACTS..... NO YES
 AUDIFONOS/LENTES/PRÓTESIS/LENTES DE CONTACTO..... NO SÍ

* (M) OTHER HEALTH PROBLEMS OR SYNDROMES..... NO YES
 OTROS PROBLEMAS DE SALUD O SÍNDROMES..... NO SÍ
 Explain (Explique) _____

(N) MENTAL HEALTH PROBLEMS..... NO YES
 PROBLEMAS EMOCIONALES..... NO SÍ
 Explain (Explique) _____

(O) IS CARETAKER OF PATIENT PREGNANT?..... NO YES
 ¿ESTÁ EMBARAZADA LA CUIDADORA DEL PACIENTE?..... NO SÍ

(P) Has this child or anyone in your household been
 diagnosed with VRE, TB, Pertussis or MRSA?..... NO YES
 ¿Han diagnosticado a su niño/a o algún familiar con enterococo resistente a la
 vancomicina, tuberculosis, pertusis o con estafilococos áurea resistente a la
 metilina?..... NO SÍ

Informant _____
 Persona que ha escrito esta información
 Phone # (Teléfono) _____
 Relationship to Child: _____
 Relación con el paciente
 Date (Fecha) _____ Time (Hora) _____

STAFF ONLY

FORM: ___ Received ___ Complete ___ NOS ___ Problem
 Reviewed and cleared by: _____ Date _____ Time _____
 PCP Name _____ Phone # _____ BMI _____

