

Cuestionario pre-endoscópico

Nombre y apellido: _____

Fecha: / /

Si usted padece alguna de las siguientes enfermedades márquela con una cruz:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Hiper o hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos |

¿Padece alguna otra enfermedad o ha sido sometido a alguna cirugía? ¿ Cuáles?

¿Ha estado resfriado en las últimas 48 hs? Sí No

¿Ha ingerido líquidos o alimentos en las últimas 4 hs.? Sí No

¿Ingiere habitualmente alguna medicación? Sí No

¿Cuáles? _____

¿Toma analgésicos o aspirina? Sí No

¿Fuma? Sí No

¿Padece alguna alergia? Sí No

¿A qué? _____

¿Está embarazada o puede estarlo? Sí No

¿Usa prótesis dental? Sí No

¿Tiene algún diente flojo? Sí No

Firma y aclaración: _____