

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
						H	D	M	A

B. REGISTRO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

DIAGNÓSTICOS									CIE		
PROCEDIMIENTO/S PROPUESTO /S:											
Electiva		Emergencia		Urgencia		RIESGO QUIRÚRGICO:	Bajo		Moderado		Alto

C. ANAMNESIS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES			
	DIAGNÓSTICOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	TRATAMIENTO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
ANESTÉSICOS			
QUIRÚRGICOS			
ALÉRGICOS			
TRANSFUSIONES			
HÁBITOS			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES			

D. EXAMEN FÍSICO

CONSTANTES VITALES	TA		FC		FR		T°		SAT 02		GLASGOW	
ANTROPOMETRÍA	PESO (kg)			TALLA (cm)			IMC (kg/m2)					
VÍA AÉREA	APERTURA BUCAL (cm)				DISTANCIA TIROMENTONEANA (cm)				MALLAMPATI			
	<2	2 - 2,5	2,6 - 3	>3	<6	6 - 6,5	>6,5	I	II	III	IV	
	PROTRUSIÓN MANDIBULAR			PERÍMETRO CERVICAL (cm)		MOVILIDAD CERVICAL (°)		HISTORIA DE INTUBACIÓN DIFÍCIL		PATOLOGÍA ASOCIADA A INTUBACIÓN DIFÍCIL		
	<0	0	>0	<40	>40	<35	>35	SI	NO	SI	NO	
	OTROS											
TÓRAX												
CORAZÓN												
PULMONES												
ABDOMEN												
EXTREMIDADES												
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL												
EQUIVALENTE METABÓLICO (METS)												

E. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGEN

(REGISTRAR LO QUE APLIQUE)

HEMOGRAMA	TIPIFICACIÓN	PERFIL HEPÁTICO	IONOGRAMA	GASOMETRÍA	HORMONAS	ORINA
HCTO	GRUPO	AST	Na	pH	T4	pH
HB	FACTOR	ALT	K	PO2	TSH	DENSIDAD
PLAQUETAS	QUÍMICA SANGUÍNEA		Cl	PCO2	PRUEBA EMBARAZO	BACTERIAS
TP	GLUCOSA	LDH	Ca	HCO3		LEUCOCITOS
TTP	UREA	BT	Mg	EB	SI	NO
INR	CREATININA	BD		SAT. 02		HEMATÍES
LEUCOCITOS	OTROS:	BI		LACTATO		GLUCOSA
EKG						
RX TÓRAX						
ESPIROMETRÍA						
OTROS						

F. ESCALAS E INDICES

(REGISTRAR LO QUE APLIQUE)

ESTADO FÍSICO ASA	I	II	III	IV	V	VI	RIESGO CARDÍACO	
RIESGO PULMONAR							RIESGO TROMBOEMBÓLICO	
OTROS								

F. TIEMPO DE ULTIMA INGESTA

LÍQUIDOS CLAROS		LECHE DE FÓRMULA	
LECHE MATERNA		SÓLIDOS	

G. INDICACIONES

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

H. PLAN ANESTÉSICO

I. OBSERVACIONES

J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		