

SAN ANTONIO AMBULATORY SURGICAL CENTER

MEDICAL INFORMATION QUESTIONNAIRE

Please circle all medical conditions you currently or have ever suffered from. Questions related to the medical conditions are to be directed to the attending anesthesiologist. Please disregard the information typed in blue, it is for office use only. Thank you.

HEART

- Recent Chest Pain (EKG)
- Heart Attack (EKG/CXR/Cardio Consult)
- Heart Murmur
- Valve Disease or Replacement (EKG)
- High Blood Pressure (>50 yrs./>160/100-EKG)
- Irregular Heart Beat
- Palpitations
- Ankle Swelling
- Recent Chest Trauma
- Bypass/Angioplasty/Transplant

LUNGS

- Recent Cold or Flu/Cough
- Need to Sleep on 2-3 Pillows
- Difficulty to Breathe
- History of Smoking ____ Packs Per Day
- Asthma
- Chronic Lung Disease
- Emphysema
- Bronchitis
- Tuberculosis; Treated/Untreated

DIGESTIVE

- Loose Teeth/Dentures/Partials
- Heartburn/Antacid Usage
- Hiatal Hernia/Reflux
- Ulcers
- Hepatitis/Jaundice/Cirrhosis/Liver disease (SGOT/PT/PTT)
- Recent nausea/Vomiting
- Recent Diarrhea

NERVOUS SYSTEM

- Loss of Consciousness
- Seizures
- Stroke
- Paralysis
- Numbness/Weakness
- Brain Tumor/Aneurysm

RENAL (K+/BUN/CR)

- Kidney Disease
- Dialysis
- Blood or Protein in Urine
- Transplant

VASCULAR

- Lupus
- Poor Circulation
- Raynauds
- Aneurysm

ENDOCRINE

- Thyroid Problems
- Steroid/Prednisone Use
- Adrenal Problems (BS)
- Diabetes
- Ketoacidosis

BLOOD (CBC)

- Anemia
- Leukemia
- Polycythemia
- Sickle Cell
- Bruise Easy
- Ever had a Transfusion (Hep Screen)

ORTHOPEDIC

- Stiff or painful neck
- Neck Fusion
- Spinabifida
- Jaw Pain
- TMJ Syndrome
- Scoliosis
- Arthritis
- Disc Disease/Surgery

(Continued on back)

Participating Physician's Assignment of Insurance Benefits

Patient Name: _____ (Please Print)

Attn: _____ Insurance Carrier / 3rd Party Payor

Address: _____

COMMERCIAL INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS FOR ANESTHESIOLOGIST:
I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and assign benefits otherwise payable to me.
I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance carrier.
A copy of this signature is as valid as the original.

Signature

ANESTHESIA

Previous Anesthesia Difficulties
Family History of Difficulty with Anesthesia
Malignant Hyperthermia/High Fever
Severe Nausea
Difficulty Breathing upon Awakening from Anesthesia
History of Radiation to head/neck
Pseudocholinesterase Deficiency

GYN (Females only)

Pregnant (HCG)
Last Menstrual Cycle _____. (>1 month HCG)
Preeclampsia
Gestational Diabetes
Previous Placenta Previa
Twins/Breech Delivery
PIH

OTHER

Spiritual/Cultural Needs
Immunizations Current

HEIGHT: _____ **WEIGHT:** _____

CANCER/TUMORS (CBC)

Radiation
Chemotherapy

ALLERGIES (including: tape, latex, iodine or foods)

PEDIATRICS 9<13 years)

Normal Growth and Development
Loose Teeth
NICU at birth
Frequent fevers/infections
Prior Hospitalization
Days hospitalized at birth _____.

PAIN MANAGEMENT:

Do you suffer from chronic pain? Explain _____

What previously used methods managed your pain? _____

ILLNESS OR SURGERY LAST 5 YEARS _____

MEDICATIONS (Include Street drugs, Alcohol consumption, Herbal and Over-the-counter items) (Diuretics-K+/BUN/CR) (Digoxin-Dig Level).

Any other information we should have? _____

Patient Signature

Date

SAN ANTONIO AMBULATORY SURGICAL CENTER

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor marque cualquier condición médica que tenga, presente o pasada. Preguntas relacionadas a su condición médica deberán hacerse al anestesiólogo, por favor omita e ignore la información escrita en azul, es para uso de la oficina. Gracias

CORAZÓN

Dolor de pecho reciente (EKG)
Ataque al corazón (EKG/CXR/Cardio Consult)
Soplos
Problemas de valvulas o valvulas reemplazadas (EKG)
Alta presión arterial (>50 yrs./>160/100-EKG)
Latidos del corazón irregulares
Palpitaciones
Inchasón en los tobillos
Trauma (golpe) reciente en el pecho
Cirugía del corazón

PULMONES

Resfriado reciente /tos
Necesita dormir con mas de una almohada
Dificultad para respirar
Historia de fumador(a) ____ paquetes diarios
Astma
Enfermedad crónica de los pulmones
Emfisema
Bronquítis
Tuberculosis/ si tratado o no tratada

DIGESTIVO

Dientes flojos/placas/puentes
Acides/uso de antiacidos
Hernia hiato/reflujo de ácido
Ulceras
Hepatitis/cirrosis/problemas del hígado (SGOT/PT/PTT)
Vómito/náusea reciente
Diarrea reciente

SISTEMA NERVIOSO

Pérdida del conocimiento
Mareos/debilidad
Ataques epilepticos
Paralisis
Tumor cerebral/aneurismo

RENAL (K+/BUN/CR)

Problemas de riñones
Dialisis
Sangre o proteina en la orina
Transplante

VASCULAR

Lupus
Mala circulación
Aneurismo

ENDOCRINA

Tiroides
Esteroides/uso de prednisona
Problemas adrenales (BS)
Diabetes
Ketoacidosis

SANGRE (CBC)

Anemia
Leucemia
Polycythemia
Sickle Cell
Moretones
Alguna transfusión (Hep Screen)

ORTOPEDICO

Cuello tieso
Fusión en el cuello
Epinabifida
Dolor de quijada
Síndrome de unión mandibular
artritis
Problemas con los discos/cirugía

(Continúa al reverso)

Médico Participante Asignado para Beneficio de Seguro

Nombre del Paciente: _____ (Por favor use letra de molde)

Attn: _____ Aseguradora / Otros responsables

Domicilio: _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS PARA EL ANESTESIOLOGO:

yo autorizo se entregue la información necesaria para formular un caso con mi aseguradora y asignar beneficios de otra manera dirigidos hacia mi. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance no cubierto por mi compañía aseguradora. Una copia de ésta firma es tan válida como la original.

Firma

ANESTESIA

Dificultad anterior con anestesia
Historia familiar o dificultad con anestesia
Hipertermia maligna/ fiebre alta
Nausea severa
Dificultad para respirar al terminar la anestesia
Historia de radiación a la cabeza/cuello
Deficiencia pseudocolinesterasa

OTRO

Espiritual/necesidades culturales
Vacunas al corriente

ESTATURA: _____ **PESO:** _____

ALERGIAS

GYNECOLOGIA (mujer)

Embarazo (HCG)
Fecha del ultimo ciclo menstrual _____. (>1 month HCG)
Preeclampsia
Diabetes gestacional
Placenta previa
Gemelos/Parto Atravesado
PIH

CANCER/TUMORES (CBC)

Radiación
Quimioterapia

PEDIATRIA 9<13 años)

Crecimiento normal y desarrollo
Dientes flojos
Cuidados intensivos al nacer
infecciones/fiebre frecuente
hospitalizaciones anteriores
Dias de hospitalización al nacer _____.

CONTROL DE DOLOR:

Sufre usted de dolor crónico? Explique _____

Que métodos de control de dolor ha usado en el pasado? _____

ENFERMEDAD/CIRUGIA _____

MEDICINA (Incluya cualquier medicina usada, consumo de alcohol, hierbas y medicinas sin recetas) (Diuretics-K+/ BUN/CR) (Digoxin-Dig Level).

Alguna otra información importante que debamos saber? _____

Firma del Paciente

Fecha