



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM (PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREENESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

DATE OF SURGERY _____ CHILD'S AGE _____ SEX M F HEIGHT _____ WEIGHT _____
Fecha de la cirugía _____ Edad del niño _____ Sexo M F Altura _____ Peso _____

SURGEON _____ OPERATION _____ CHILD'S NICKNAME _____
Cirujano _____ Cirugía _____ Apodo del niño _____

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

- Does your child have any chronic health issues? Yes/NO If yes, please explain: _____
¿Su hijo tiene algún problema de salud crónico? Sí/No. Si respondió sí, explique: _____
- Has your child already had the flu vaccine this season (since September of last year)? YES NO
¿Su hijo ya se vacunó contra la gripe esta temporada? (desde septiembre del año pasado) Sí NO
If no, please explain: _____
Si respondió no, explique: _____
- Child's general health is: GOOD FAIR POOR Immunizations up to date? NO YES
La salud general del niño es BUENA REGULAR MALA ¿Tiene sus vacunas al día? NO Sí
If no, explain: _____
Si respondió no, explique: _____
- Diagnosed with any illness in the past 6 weeks
¿Se le diagnosticó alguna enfermedad en las últimas 6 semanas?

Pneumonia <i>Neumonía</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO	Tuberculosis (TB) <i>Tuberculosis</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO
Bronchitis <i>Bronquitis</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO	Asthma Attack <i>Crisis asmática</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO
Bronchiolitis <i>Bronquiolitis</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO	Croup <i>Crup</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO
Flu <i>Gripe</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO	Covid <i>Covid</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO
Upper respiratory infection (URI) <i>Infección respiratoria de vías altas</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO	Respiratory Syncytial Virus (RSV) <i>Virus respiratorio sincicial (VRS)</i>	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO

Diagnosed with any Other Illness in the past 6 weeks? _____
¿Se le diagnosticó alguna otra enfermedad en las últimas 6 semanas?

Did any above require an Inhaler or Breathing Treatment? ¿Necesitó un inhalador o tratamiento respiratorio con algunas de las enfermedades mencionadas?	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO
Was the child given a steroid? ¿Se le administró un esteroide?	YES Sí	When _____ ¿Cuándo?	NO NO

- Has your child been exposed to (or have) any of the following diseases within the past 30 days?
¿Su hijo ha estado expuesto o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades en los últimos 30 días?
- | | | | | | | | |
|---|-----------|------------------------|----------|--|-----------|------------------------|----------|
| Chicken pox or Shingles
<i>Varicela o herpes zóster (culebrilla)</i> | YES
Sí | When _____
¿Cuándo? | NO
NO | Measles
<i>Sarampión</i> | YES
Sí | When _____
¿Cuándo? | NO
NO |
| Monkey Pox
<i>Viruela simica</i> | YES
Sí | When _____
¿Cuándo? | NO
NO | Hand, Foot and Mouth Disease
<i>Exantema vírico de manos, pies y boca</i> | YES
Sí | When _____
¿Cuándo? | NO
NO |
| Multiple Resistant Organisms (MRSA)
<i>Organismos multirresistentes (SARM)</i> | YES
Sí | When _____
¿Cuándo? | NO
NO | | | | |
- Other Infections? If yes, please explain _____
¿Otras infecciones? Si respondió sí, explique _____
- When? (please specify date) _____
¿Cuándo? (especifique en qué fecha) _____



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM

(PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREENESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

6. In the last 24 hours has your child had:
En las últimas 24 horas, su hijo ha tenido:

Fever (temperature) <i>Fiebre (temperatura) mayor de 101° F)</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO	Shortness of breath <i>Falta de aliento</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Cough <i>Tos</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO	Sore Throat <i>Dolor de garganta</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Diarrhea <i>Diarrea</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO	Vomiting <i>Vómitos</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Congestion <i>Congestión</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO	Muscle Aches <i>Dolores musculares</i> If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió si ¿está relacionado con alguna enfermedad o condición médica crónica conocida?</i>	YES	NO
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO

If they develop any of these prior to surgery, please call your physician to discuss rescheduling.
Si presenta cualquiera de estos síntomas antes de la cirugía, llame al médico para reprogramar su cita.

7. Is your child using an inhaler or breathing treatment? Yes No
¿Su hijo usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio? Sí No

When was the last time the child used their inhaler or breathing treatment? _____
¿Cuándo fue la última vez que su hijo usó el inhalador o recibió tratamiento respiratorio?

Why was it used?
¿Por qué motivo lo usó?

<input type="checkbox"/> Allergies <i>Alergias</i>	<input type="checkbox"/> Asthma <i>Asma</i>
<input type="checkbox"/> Environmental <i>Alergias ambientales</i>	<input type="checkbox"/> Exercise <i>Ejercicio</i>
<input type="checkbox"/> Seasonal <i>Alergias estacionales</i>	<input type="checkbox"/> Medical Treatment <i>Tratamiento médico</i>
<input type="checkbox"/> Upper Respiratory Infection <i>Infección de las vías respiratorias altas</i>	<input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro:</i>
<input type="checkbox"/> Child given a steroid. When? _____ <i>A su hijo se le administro un esteroide. ¿Cuándo?</i>	

8. Is he/she sick today? Yes No
¿Su hijo está enfermo hoy? Sí No

If yes, please explain: _____
Si respondió sí, explique:

9. Previous visit to CHOA? NO YES REASON _____
¿Su hijo recibió atención en Children's Healthcare of Atlanta antes? NO SÍ MOTIVO



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
- Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

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

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

10. List previous dates of hospitalization(s) and reasons for the hospitalizations (include surgery) of your child.
Enumere las fechas de hospitalizaciones anteriores y los motivos por los que su hijo debió permanecer hospitalizado (incluya las cirugías).

Date <i>FECHA</i>	Reason <i>Motivo</i>

11. Has your child ever had general anesthesia? Yes No
¿Su hijo ha recibido anestesia general alguna vez? Sí No

If yes, please list the reason: _____
Si respondió sí, explique el motivo:

12. Did your child have any serious problems with anesthesia?
¿Su hijo tuvo algún problema grave con la anestesia?

Please explain: _____
Explique:

13. Do you have any family members or family history of issues with anesthesia, such as, malignant hyperthermia or pseudocholinesterase deficiency? Yes No
¿Alguien de su familia tuvo alguna vez problemas con la anestesia como hipertermia maligna o deficiencia de pseudocolinestara? Sí No

14. Has your child had surgeries cancelled in the last 3 months? Yes No
¿A su hijo le han cancelado alguna cirugía en los últimos 3 meses? Sí No

If yes, why: _____
Si respondió sí, explique el motivo:

15. Has your child had any test, xrays , or bloodwork in the last three months or ever had a sleep study? Yes No
¿A su hijo le han hecho exámenes, radiografías o análisis de sangre en los últimos tres meses o le han hecho un estudio de sueño alguna vez? Sí No

If yes, please explain: _____
Si respondió sí, explique:

16. Does your child have any medication, food, or latex allergies? Yes NO
¿Su hijo tiene alergia a algún medicamento, alimento o al látex? Sí NO

If yes, please list:
Si respondió sí, enumere:

Allergies <i>Alergias</i>	Type of Reaction <i>Tipo de reacción</i>



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
- Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM (PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____

PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Important Information Needed on the Day of your Child's Surgery: Please bring a list of names and exact dosage of all medicine (including vitamins and herbal medicine) your child is currently taking with you on the day of surgery. This is very important so that we can prescribe the right medicine for your child after surgery.

Información importante para el día de la cirugía de su hijo: ese día, deberá traer consigo un listado con todos los medicamentos que toma su hijo y las dosis exactas (incluyendo vitaminas y hierbas medicinales). Esto es muy importante para que podamos recetarle a su hijo el medicamento correcto después de la operación.

17. Does the child currently take any medication?

¿Su hijo toma algún medicamento?

Medication <i>Medicamento</i>	Why is your child taking it? <i>¿Cuál es el motivo por el que lo toma?</i>

18. Does the child take any Vitamins/Herbs?

¿Su hijo toma vitaminas o hierbas medicinales?

Vitamins/Herbs <i>Vitaminas/hierbas medicinales</i>	Why is your child taking it? <i>¿Cuál es el motivo por el que lo toma?</i>

19. Does the child take any Antibiotics?

¿Su hijo toma algún antibiótico?

Antibiotics <i>Antibióticos</i>	Why is your child taking it? <i>¿Cuál es el motivo por el que lo toma?</i>

20. Does your child currently take Thickening agents and/or medication thickeners?

¿Su hijo toma agentes espesantes o espesantes de medicamentos?

Thickening Agent <i>Agente espesante</i>	Why is your child taking it? <i>¿Cuál es el motivo por el que lo toma?</i>



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
- Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

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

Name _____
 Nombre _____

Date of Birth _____
 Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
 N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
 N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
 PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

21. How does your child prefer to take medication?
 ¿De qué forma su hijo prefiere tomar medicamentos?

- Liquid
Presentación líquida
- Pill
Comprimidos
- Mixed in food
Mezclados en la comida

22. Has your child taken aspirin, ibuprofen, Advil, Motrin, or Tylenol/acetaminophen in the last 7 days?
 If yes, when _____
 ¿Su hijo ha tomado aspirina, ibuprofeno, Advil, Motrin o Tylenol (paracetamol) en los últimos 7 días?

23. What medications does he/she take occasionally?
 ¿Qué medicamentos toma de forma ocasional?

Occasional Medication <i>Medicamento ocasional</i>	Why is your child taking it? <i>¿Cuál es el motivo por el que lo toma?</i>

24. Does your child have sickle cell disease? Yes No I don't know
 ¿Su hijo tiene la enfermedad de células falciformes? Sí No No lo sé

25. Does your child have sickle cell trait? Yes No I don't know
 ¿Su hijo tiene rasgo de células falciformes? Sí No No lo sé

26. 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.
 Si su hijo tuvo alguna de las siguientes afecciones, marque el casillero que corresponde. Si marcó sí en alguna pregunta, escriba el nombre del especialista que trata a su hijo.

<p>*(A) Current or history of HEART, BLOOD, BLEEDING or CLOTTING ISSUES NO YES</p> <p>¿Tiene o tuvo problemas de corazón, problemas en la sangre o de coagulación? NO Sí</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Heart Defect <i>Defecto cardíaco</i> <input type="checkbox"/> Bleeding Problems <i>Hemorragias</i> <input type="checkbox"/> Anemia <i>Anemia</i> <input type="checkbox"/> Heart Murmur <i>Soplo cardíaco</i> <p>If yes, were you told it is an innocent murmur? YES NO Si respondió sí, ¿le dijeron que es un soplo funcional? Sí NO</p> <p>Other _____ Otro _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Any Blood Transfusions ¿Recibió alguna transfusión de sangre? If yes, list date, location and any reaction? Si respondió sí ¿en qué lugar la hicieron?, ¿tuvo alguna reacción? 	<p>*(B) LUNG OR BREATHING PROBLEMS NO YES</p> <p>PROBLEMAS DE PULMONES O RESPIRACIÓN NO Sí</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma/Wheezing, Reactive Airway When? _____ <i>Asma, sibilancias, enfermedad reactiva de las vías respiratorias. ¿Cuándo?</i> <input type="checkbox"/> Bronchiolitis/ Chronic Bronchitis, When _____ <i>Bronquiolitis/bronquitis crónica, ¿Cuándo?</i> <input type="checkbox"/> CPAP/BPAP <input type="checkbox"/> Anyone in household smoking or vaping ¿Alguien fuma o fuma cigarrillo electrónico en la casa? <input type="checkbox"/> Snoring <i>Ronquidos</i> <input type="checkbox"/> Sleep Apnea <i>Apnea del sueño</i> <input type="checkbox"/> Trach <i>Traqueotomía</i> <input type="checkbox"/> Ventilator <i>Respirador</i> <input type="checkbox"/> Use of Oxygen <i>Usa oxígeno</i> <input type="checkbox"/> Croup, When _____ <i>Crup, ¿Cuándo?</i> <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <i>Fibrosis quística</i>
--	---



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM
(PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____
Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____
MRN# _____
N.º de historia clínica _____
Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

	<input type="checkbox"/> Pneumonia, When _____ <i>Neumonía, ¿Cuándo?</i> <input type="checkbox"/> Other _____ <i>Otro</i> Bring all breathing equipment, including oxygen tank day of surgery. <i>El día de la cirugía traiga todos los equipos respiratorios incluyendo el tanque de oxígeno.</i>
--	---

	Does your child smoke, vape, drink alcohol, or use other recreational drugs? YES NO <i>¿Su hijo fuma cigarrillos, cigarrillos electrónicos, toma alcohol o consume drogas?</i> <i>SÍ NO</i> If yes, how often? DAILY WEEKLY MONTHLY <i>Si respondió sí ¿con qué frecuencia?</i> <i>A DIARIO SEMANALMENTE MENSUALMENTE</i>
--	--

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.
Si su hijo tuvo alguna de las siguientes afecciones, marque el casillero que corresponde. Si marcó sí en alguna pregunta, escriba el nombre del especialista que trata a su hijo.

(C) NERVOUS SYSTEM PROBLEMS				(D) DIGESTIVE SYSTEM PROBLEMS			
	NO	YES			NO	YES	
¿TUVO PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SISTEMA NERVIOSO?	NO	SÍ		¿TUVO PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APARATO DIGESTIVO?	NO	SÍ	
<input type="checkbox"/> Convulsions, Seizures, or Fits <i>Convulsiones, ataques o crisis epilépticas</i>				<input type="checkbox"/> Hepatitis <i>Hepatitis</i>			
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <i>Parálisis cerebral</i>				<input type="checkbox"/> Intestines or Bowels <i>Intestinos</i>			
<input type="checkbox"/> Cervical Spine Instability <i>Inestabilidad cervical</i>				<input type="checkbox"/> Liver <i>Hígado</i>			
<input type="checkbox"/> Hydrocephalus <i>Hidrocefalia</i>				<input type="checkbox"/> Gastro-Esophageal Reflux <i>Reflujo gastroesofágico</i>			
<input type="checkbox"/> Down's Syndrome <i>Síndrome de Down</i>				<input type="checkbox"/> Stomach <i>Estómago</i>			
<input type="checkbox"/> Myelomeningocele <i>Mielomeningocele</i>				<input type="checkbox"/> Overweight <i>Sobrepeso</i>			
<input type="checkbox"/> Developmental Delay <i>Retraso en el desarrollo</i>				<input type="checkbox"/> Blood in Stool <i>Sangre en las heces</i>			
<input type="checkbox"/> Autism <i>Autismo</i>				<input type="checkbox"/> Inflammatory Bowel Disease <i>Enfermedad inflamatoria intestinal</i>			
<input type="checkbox"/> Spina Bifida <i>Espina bífida</i>				<input type="checkbox"/> Bowel Obstruction <i>Obstrucción intestinal</i>			
<input type="checkbox"/> Hypotonia <i>Hipotonia</i>				<input type="checkbox"/> Unusual Vomiting <i>Vómitos atípicos</i>			
<input type="checkbox"/> Other Chromosomal Abnormalities <i>Otras anomalías cromosómicas</i>				<input type="checkbox"/> Pancreatitis <i>Pancreatitis</i>			
<input type="checkbox"/> Genetic Abnormalities <i>Anomalías genéticas</i>				<input type="checkbox"/> Crohn's Disease <i>Enfermedad de Crohn</i>			
<input type="checkbox"/> Scoliosis <i>Escoliosis</i>				<input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis <i>Colitis ulcerosa</i>			
<input type="checkbox"/> Seizures <i>Convulsiones</i>				<input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otra:</i>			
<input type="checkbox"/> Syndromes <i>Síndromes</i>							
<input type="checkbox"/> ADHD <i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</i>							
<input type="checkbox"/> Learning Disability <i>Dificultad de aprendizaje</i>							
<input type="checkbox"/> Intellectual Disability <i>Discapacidad intelectual</i>							
<input type="checkbox"/> Conduct Disorder <i>Trastorno disocial</i>							
<input type="checkbox"/> Behavioral Disorder <i>Trastorno de la conducta</i>							
Is your child followed by Marcus Autism Center	NO	YES					
¿Su hijo recibe atención en el Marcus Autism Center?	NO	SÍ					



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM
(PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREENESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____
Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____
MRN# _____
N.º de historia clínica _____
Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<p>*(E) Kidney or bladder issues, solitary kidney or dialysis? NO YES ¿Tuvo problemas de riñones, vejiga, tiene riñón único o recibe tratamiento de diálisis? NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Bladder Vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney Riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Renal Insufficiency Insuficiencia renal</p> <p><input type="checkbox"/> Solitary Kidney Riñón único</p> <p><input type="checkbox"/> History of Kidney Transplant Antecedentes de trasplante de riñón</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysis Diálisis</p> <p><input type="checkbox"/> Other Otro</p>	<p>(F) Endocrine System Issues? NO YES ¿Tuvo problemas relacionados con el sistema endócrino? NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid Tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Use of Dexcom Usa Dexcom</p> <p><input type="checkbox"/> Omnipod Usa Omnipod</p> <p><input type="checkbox"/> Indwelling Glucometer Usa un glucómetro permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Other Otro</p> <p>Has your child had an organ transplant? NO YES ¿A su hijo le hicieron un trasplante de órgano? NO Sí</p> <p>If yes, please explain: _____ Si respondió sí, explique</p> <p>Menstruation has started NO YES ¿Ha comenzado a menstruar? NO Sí</p> <p>If yes, Date of last menstrual period (mm/dd/yyyy): _____ Si respondió sí, indique la fecha de su último periodo menstrual (mm/dd/aaaa)</p> <p>Is there any possibility of pregnancy? NO YES ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? NO Sí</p> <p>If your child is 12 or older, or has started her menstrual cycle, we will need a urine specimen upon arrival to the surgery center. Si su hija es mayor de 12 años y ya comenzado su ciclo menstrual, necesitaremos una muestra de orina cuando llegue al centro de cirugías.</p>
---	---

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.
Si su hijo tuvo alguna de las siguientes afecciones, marque el casillero que corresponde. Si marcó sí en alguna pregunta, escriba el nombre del especialista.

<p>*(G) Issues at birth or was born prematurely NO YES ¿Tuvo problemas durante el parto o nació de forma prematura? NO Sí</p> <p>If yes, how many weeks early? _____ Si respondió sí, ¿cuántas semanas antes?</p> <p>Weight at birth? _____ ¿Cuánto pesó al nacer?</p> <p><input type="checkbox"/> Artificial Ventilation Needed Necesitó respiración artificial</p> <p><input type="checkbox"/> Brain Bleed Hemorragia cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Apnea Monitor Monitor de apnea</p> <p><input type="checkbox"/> Is Child twin Es gemelo/mellizo</p> <p>Did the child have problems after discharge? NO YES ¿Su hijo tuvo problemas después del alta? NO Sí</p> <p>Please explain: _____ Explique:</p> <p>Born prematurely (before 37 weeks gestation)? NO YES ¿Nació de forma prematura (antes de las 37 semanas de gestación)? NO Sí</p>	<p>*(H) Does your child have an implanted device? NO YES ¿Su hijo tiene un dispositivo implantado? NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> NG (Nasal Gastric Tube) Sonda nasogástrica</p> <p><input type="checkbox"/> G-Tube/Jejunotomy Tube Sonda de gastrostomía/yejunostomía</p> <p><input type="checkbox"/> Central Line/Port-A-Cath Vía central/catéter implantable</p> <p><input type="checkbox"/> VP/VA Shunt Derivación extracraneal/ventriculoauricular</p> <p><input type="checkbox"/> Pacemaker Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Vagal Nerve Stimulator Estimulador del nervio vago</p> <p><input type="checkbox"/> Other Otro</p>
---	---



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM (PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____

PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

<p>*(I) Muscle, Bone, or Joint Issues? NO YES</p> <p><i>¿Tiene problemas en los músculos, huesos o articulaciones?</i> NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Muscle Disorder/Dystrophy <i>Enfermedad muscular/Distrofia</i></p> <p><input type="checkbox"/> Bone Disease <i>Enfermedad en los huesos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Joint Disease <i>Enfermedad en las articulaciones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis/Arthritis <i>Artritis reumatoide/Artritis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Scoliosis <i>Escoliosis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fragile Bone <i>Huesos frágiles</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i></p>	<p>*(J) Teeth Issues? NO YES</p> <p><i>¿Tiene problemas dentales?</i> NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Bleeding gums and cavities <i>Sangrado de encías y caries</i></p> <p><input type="checkbox"/> Any loose <i>Dientes flojos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Any missing <i>Le faltan dientes</i></p> <p><input type="checkbox"/> Any chipped or capped <i>Dientes partidos o con coronas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dental Appliance <i>Ortodoncia</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i></p>
<p>*(K) Cancer / Chemotherapy NO YES</p> <p><i>¿Tuvo cáncer o recibió quimioterapia?</i> NO Sí</p> <p>If yes, Type: _____ <i>Si respondió sí, indique el tipo</i></p>	<p>*(L) Hearing aid/ Glasses / Prosthesis NO YES</p> <p><i>¿Audifono/anteojos/prótesis?</i> NO Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Hearing Aids <i>Audífonos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Glasses <i>Anteojos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Contacts <i>Lentes de contacto</i></p> <p><input type="checkbox"/> Prosthesis <i>Prótesis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cochlear Implants <i>Implante coclear</i></p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ <i>Otro</i></p>
<p>*(M) Other health problems / Syndromes / Chromosomal abnormalities / Genetic problems NO YES</p> <p><i>¿Tuvo algún otro problema de salud, síndrome, anomalía cromosómica o problema genético?</i> NO Sí</p> <p>If yes, explain: _____ <i>Si respondió sí, explique:</i></p>	<p>Do you see any Specialist? NO YES</p> <p><i>¿Consulta a algún especialista?</i> NO Sí</p> <p>Specialist Name: _____ <i>Nombre del especialista:</i></p> <p>Specialist Phone: _____ <i>Núm. de teléfono del especialista:</i></p> <p>Specialist Name: _____ <i>Nombre del especialista:</i></p> <p>Specialist Phone: _____ <i>Núm. de teléfono del especialista:</i></p>

27. Is the patient going to be accompanied by a pregnant caretaker on the day of the procedure? NO YES
¿El paciente irá acompañado de una persona embarazada el día del procedimiento? NO Sí

For Meridian Mark and Satellite Boulevard Locations only:
Solo para los centros de Meridian Mark y Satellite Boulevard

Final decisions about being in the operating room will be made the day of the surgery by the anesthesiologist. Sometimes, we cannot allow parents into the operating room. For example, pregnant women cannot be in the operating room.
El día del procedimiento el anestesista es quien decidirá si se puede acompañar al paciente o no al quirófano. Hay circunstancias en las que no se permite la presencia de los padres en el quirófano. Por ejemplo, las mujeres embarazadas no pueden entrar al quirófano.



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- Arthur M. Blank Surgery Center at Satellite Blvd.
 Scottish Rite Surgery Center at Meridian Mark Plaza, LLC.

SURGICAL SERVICES PRE-ANESTHETIC HISTORY FORM (PLEASE PRINT)

FORMULARIO DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA
(POR FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)

Name _____
Nombre _____

Date of Birth _____
Fecha de nacimiento _____

MRN# _____
N.º de historia clínica _____

Account/HAR# _____
N.º de registro de cuenta hospitalaria (HAR)* _____
PATIENT IDENTIFICATION / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

28. Have you or anyone in your household (*not including the patient*) had the following symptoms in the last 24 hours?
¿Usted o alguien que viva con usted en la misma casa (que no sea el paciente) ha tenido los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

Fever (temperature >101 F) <i>Fiebre (temperatura mayor de 101° F)</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Cough <i>Tos</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Shortness of breath <i>Falta de aliento</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Diarrhea <i>Diarrea</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Sore throat <i>Dolor de garganta</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Vomiting <i>Vómitos</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Congestion <i>Congestión</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>
Muscle Aches <i>Dolor muscular</i>	NO YES NO SÍ	If yes, is this related to any known medical or chronic condition? <i>Si respondió sí, ¿está relacionado a una condición médica o crónica conocida?</i>

If you develop any of these symptoms, you may not accompany your child on the day of their procedure and may want to contact your child's physician to consider rescheduling.

Si presenta cualquiera de estos síntomas, no podrá acompañar a su hijo el día del procedimiento y deberá comunicarse con el médico para reprogramarlo.

Is the patient going to be accompanied by a pregnant caretaker on the day of the procedure? NO YES
¿El paciente irá acompañado de una persona embarazada el día del procedimiento? NO SÍ

Your Name: _____
Su nombre: _____

Relationship to child:
Relación o parentesco con el niño:

Mother Father Legal Guardian Foster Parent DFAC Worker Other: _____
Madre Padre Tutor Legal Padre de acogida Empleado de DFAC Otro

Mobile Phone Number: _____ Secondary Phone Number: _____
Núm. de teléfono celular: Núm. de teléfono secundario:

Work Phone Number: _____
Núm. de teléfono laboral:

Preferred time to call: Anytime Daytime Evening
Horario en que está disponible: En cualquier momento Durante el día Por la noche

Email Address: _____
Dirección de correo electrónico:

