



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

- ☐ Arthur M. Blank Hospital ☐ 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# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

DATE OF SURGERY _____
Fecha de cirugía _____CHILD'S AGE _____
Edad del niño/a _____SEX M F HEIGHT _____ WEIGHT _____
Sexo Niño Niña Altura _____ 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

Is your child susceptible to and/or been exposed to any of the following common diseases within the past twenty-one days?
 ¿Su hijo/a es susceptible y/o se ha expuesto alguna de las enfermedades comunes siguientes durante los pasados veintiún días (21)?

Chicken pox or shingles YES When _____ NO
 Varicela o herpes zóster (culebrilla) SÍ Cuando _____ NO

Measles YES When _____ NO
 Sarampión SÍ Cuando _____ NO

German Measles YES NO
 Rubéola SÍ NO

Other infections, illnesses or rashes YES When _____ NO
 Otras infecciones, enfermedades o erupciones SÍ Cuando _____ NO

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 _____

REASON _____
RAZÓN _____

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

REASON _____
RAZÓN _____

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

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).

Children's Healthcare of Atlanta

- ☐ Arthur M. Blank Hospital ☐ 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# _____

Account/HAR# _____

PATIENT IDENTIFICATION

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 "Sí" 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 (Explicue) _____

(H) IF MENSTRUATION HAS STARTED. NO YES
 HACOMENZADO 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 (Explicue) _____

(N) MENTAL HEALTH PROBLEMS. NO YES
 PROBLEMAS EMOCIONALES NO Sí

Explain (Explicue) _____

(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 metilicina? ... NO Sí

Informant _____

Persona que ha escrito esta información

Phone # (Teléfono) _____

Relationship to Child: _____

Relación con el paciente

Date (Fecha) _____ Time (Hora) _____

6490-01SP-MM (4/22)

STAFF ONLY

FORM: ____ Received ____ Complete ____ NOS ____ Problem

Reviewed and cleared by: _____ Date _____ Time _____

PCP Name _____ Phone # _____ BMI _____