

Paciente

Motivo de la exploración:

Procedimiento a realizar:

Fecha de exploración:

Edad:

Peso:

Talla:

ASA:

**MEDICACIÓN ACTUAL:**

**ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN:**

**ALERGIAS:**

Tabaquismo:

Drogas:

Alcohol:

**EXPLORACIÓN VÍA AÉREA:**

•MALLAMPATI: I II III IV

•Cuello corto: SI NO

•Apertura bucal: Buena Reducida

•Prótesis dental: SI NO

**PATOLOGÍA PREVIA:**

RESPIRATORIA:

EPOC

Asma

SAOS

RENAL:

IRC

Hemodiálisis

ENDOCRINAS:

Diabetes I

Diabetes II

Obesidad

CARDIOVASCULAR:

HTA

Arritmia

C. Isquémica

IAM

Ángor

Portador STENT

I. Cardíaca

MCP

Valvulopatía

Prótesis valvular

DIGESTIVO:

Úlcus

Hepatopatía

NEUROLÓGICA:

ACVA

TCE

Parkinson

Epilepsia

Se informa y entrega Consentimiento informado

Firma Consentimiento informado

Importante: Ayunas y acompañamiento