

**Austin Radiological Association**  
**Cuestionario de pre-sedación pediátrica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

(por favor encierre su respuesta en un círculo)

**TODAS LAS EDADES:**

SÍ o NO

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1. | ¿Su hijo tiene algún problema de habla, de audición o de la vista? Si es así, por favor explique.<br>_____  | S | N |
| 2. | ¿Su hijo ronca o tiene alguna dificultad para respirar cuando está acostado boca arriba?<br>_____   | S | N |
| 3. | ¿Su hijo tiene antecedentes de enfermedades tales como soplo cardiaco, derivación ventriculoperitoneal, convulsiones, asma o síndrome de Arnold Chiari? Si es así, por favor explique. _____<br>_____ | S | N |
| 4. | ¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Si es así, ¿qué está tomando y por qué?<br>_____<br>_____  | S | N |
| 5. | ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si es así, ¿a cuáles medicamentos? _____<br>_____   | S | N |
| 6. | ¿Su hijo tiene un resfriado, inflamación de las amígdalas, tos o fiebre en este momento?<br>_____   | S | N |
| 7. | ¿Su hijo tiene antecedentes de discapacidad mental o hiperactividad? Si es así, por favor explique _____<br>_____   | S | N |
| 8. | ¿Hay algo más respecto a la salud de su hijo que pudiera afectarle mientras se somete a este procedimiento? Si es así, por favor explique. _____<br>_____   | S | N |
| 9. | ¿Cuál es la razón por la que debe realizarse esta prueba? _____   |   |   |

**DIEZ MESES DE EDAD O MENOR:**

- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 10. | ¿Ha necesitado su hijo oxígeno complementario alguna vez? Si es así, ¿cuándo, por cuánto tiempo y en qué circunstancias?<br>_____   | S | N |
| 11. | ¿Su hijo tuvo apnea (detención temporal de la respiración) o bradicardia (latidos del corazón lentos)?<br>_____   | S | N |
| 12. | ¿Ha requerido su hijo la colocación de monitores alguna vez? Si es así, por favor explique, incluyendo la duración de la supervisión con monitores. _____<br>_____                        | S | N |
| 13. | ¿Nació su hijo prematuramente o hubo alguna complicación durante el parto? Si es así, por favor explique. _____<br>_____  | S | N |
| 14. | ¿Tiene su hijo antecedentes de reflujo, problemas gastrointestinales (abdominales) o de alimentación por sonda o por botón de gastrostomía? Si es así, por favor explique. _____<br>_____ | S | N |

**Declaro que las respuestas anteriores a este cuestionario son verdaderas hasta donde yo tengo conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Enfermera/paramédico de ARA

\_\_\_\_\_  
Fecha