

# Cath Lab Assessment

Age \_\_\_\_\_ Ht \_\_\_\_\_ Wt \_\_\_\_\_  M  F

List all medicines (including herbals) 1. _____ 7. _____ 2. _____ 8. _____ 3. _____ 9. _____ 4. _____ 10. _____ 5. _____ 11. _____ 6. _____ 12. _____	List all drug allergies: _____ _____ _____ Latex, tape, dye allergy? _____	List all operations and dates (include heart catheterizations) _____ _____ _____
---	---	--

1. Have you or a family member ever had a problem with an anesthetic other than nausea?	YES	NO	AIRWAY
2. Do you have any loose/capped teeth or dentures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Do you or have you ever smoked? 4. Do you have a cold, cough or any breathing difficulty? 5. Do you have asthma? 6. Do you have sleep apnea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amount: RESPIRATORY
--	--------------------------	--------------------------	---------------------

7. Do you have high blood pressure? 8. Do you have chest pain or have had a heart attack? 9. Have you ever had an abnormal EKG? 10. Do you have mitral valve prolapse or heart murmur? 11. Do you ever wake up short of breath or have swelling over your shins? 12. Do you have coronary artery disease? 13. Do you get short of breath climbing two flights of stairs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR
--	--------------------------	--------------------------	----------------

14. Have you ever had a stroke? 15. Have you ever had seizures, loss of vision or speech? 16. Do you have back, neck, or jaw problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEURO/SKELETAL
--	--------------------------	--------------------------	----------------

17. Do you have a hiatal hernia, acid reflux, or an ulcer? 18. Have you ever had hepatitis, HIV or jaundice? 19. Do you drink alcohol? 20. Do you have kidney disease? 21. Do you have diabetes? For how long?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amount: GI/RENAL/ENDO
--	--------------------------	--------------------------	-----------------------

22. Do you have any bleeding disorders or anemia (low blood count)? 23. Have you taken aspirin, coumadin, Plavix or Lovenox in the last week? 24. Have you taken any diet medications in the last month? 25. Have you undergone chemotherapy or radiation? 26. Is there any chance you could be pregnant? 27. Do you have any medical condition(s) not listed above? 28. Do you have advance directives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTHER/LAB
--	--------------------------	--------------------------	-----------

<p style="text-align: center;"><b>LEARNING NEEDS</b></p> <p>How do you best learn? Check all that apply.</p> <input type="checkbox"/> TV/Video <input type="checkbox"/> Demonstration <input type="checkbox"/> Verbal Explanation <input type="checkbox"/> Repetition <input type="checkbox"/> Pictures <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Large Print <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> I would like to learn about _____	<p style="text-align: center;"><b>SPIRITUAL / CULTURAL NEEDS</b></p> <p>I would describe my present state of being as:</p> <input type="checkbox"/> Upbeat <input type="checkbox"/> Waiting to see <input type="checkbox"/> Somewhat anxious <input type="checkbox"/> Quite anxious My coping network includes: <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Friends I trust <input type="checkbox"/> Depends on situation <input type="checkbox"/> Not sure who <input type="checkbox"/> Other _____ Are there any cultural, religious and / or spiritual practices that you need to be a part of your care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please Explain: _____
--	---

Patient/Guardian Signature	Date
----------------------------	------

PATIENT IDENTIFICATION:

# Evaluación del Laboratorio de Cateterismo

Edad _____	Estatura _____	Peso _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Anote todos los medicamentos (incluyendo los productos herbarios)		Anote todas las medicinas que le causen alergia:	Anote todas las operaciones y las fechas (incluyendo cateterismo cardiaco)
1. _____	7. _____	_____	_____
2. _____	8. _____	_____	_____
3. _____	9. _____	_____	_____
4. _____	10. _____	_____	_____
5. _____	11. _____	_____	_____
6. _____	12. _____	_____	_____

1. ¿Alguna vez usted o algún miembro de su familia, ha tenido problemas con la anestesia, aparte de náusea?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SISTEMA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</b>
2. ¿Tiene algún diente o la dentadura con coronas/ removible?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
3. ¿Fuma o ha fumado alguna vez?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cantidad: <b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>
4. ¿Tiene resfriado, tos o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
5. ¿Padece de asma?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
6. ¿Padece de apnea del sueño?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
7. ¿Padece de alta presión de la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>
8. ¿Tiene dolor de pecho o ha tenido algún ataque al corazón?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
9. ¿Alguna vez ha tenido un electrocardiograma (EKG) anormal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
10. ¿Tiene prolapso de válvula mitral o soplo cardiaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
11. ¿Alguna vez se ha despertado porque le falta la respiración o con las espinillas hinchadas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12. ¿Padece de enfermedad coronaria?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
13. ¿Le falta la respiración si sube dos tramos de escaleras?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
14. ¿Alguna vez ha tenido una embolia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SISTEMA NERVIOSO/ ESQUELÉTICO</b>
15. ¿Alguna vez ha tenido ataques, pérdida de la visión o del habla?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
16. ¿Tiene problemas de espalda, cuello, o mandíbula?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
17. ¿Tiene hernia hiatal, reflujo, o úlcera?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cantidad: <b>SISTEMA GI/ RENAL/ ENDO</b>
18. ¿Alguna vez ha tenido hepatitis, VIH o ictericia?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
19. ¿Toma alcohol?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
20. ¿Padece de enfermedad de los riñones?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
21. ¿Tiene diabetes? ¿Durante cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
22. ¿Tiene trastornos hemorrágicos o anemia (conteo hemático bajo)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>OTRO/ LABORATORIO</b>
23. ¿Tomó aspirina, cumadin, Plavix o Lovenox la semana pasada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
24. ¿Tomó algún medicamento dietético el mes pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
25. ¿Ha recibido quimioterapia o radiación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
26. ¿Podría haber alguna posibilidad de que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
27. ¿Tiene usted algún padecimiento(s) médico no mencionado arriba?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
28. ¿Tiene indicaciones anticipadas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

<b>NECESIDADES DE INFORMACIÓN</b> ¿Cómo se informa usted mejor? Marque todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> TV/Video <input type="checkbox"/> Demostración <input type="checkbox"/> Explicación Verbal <input type="checkbox"/> Repetición <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> En Letra Grande <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Me gustaría saber sobre _____	<b>NECESIDADES ESPIRITUALES / CULTURALES</b> Describiría mi condición presente como: <input type="checkbox"/> Animada <input type="checkbox"/> En espera <input type="checkbox"/> Algo ansiosa <input type="checkbox"/> Muy ansiosa Mi grupo de apoyo para enfrentar la situación incluye: <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos de confianza <input type="checkbox"/> Depende de la situación <input type="checkbox"/> No estoy seguro quién <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Hay algunas prácticas culturales, religiosas, y/o espirituales que sean necesarias como parte de su cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Por favor explique: _____
---	--

Firma del Paciente/ Tutor	Fecha
---------------------------	-------



PATIENT IDENTIFICATION: