

## Formulario Post Operatorio de Amígdalas

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_

Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha de Cirugía: \_\_\_\_\_ Razón para la cirugía: \_\_\_\_\_

### Complete esta sección en el periodo de recuperación de su hijo/a:

1. Fue necesario administrar Acetaminophen (Tylenol) después de la cirugía:

Día de Cirugía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cantidad de dosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2. Fue necesario administrar Ibuprofen ( Motrin, Advil) después de la cirugía:

Día de Cirugía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cantidad de Dosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3. Hycet/Norco/Acetaminophen con Codeína fue necesario administrar después de cirugía:

Día de Cirugía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cantidad de Dosis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

4. ¿Cuándo se normalizo la dieta después de cirugía?

Día de Cirugía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Cuándo se normalizo la actividad física después de la cirugía?

Día de Cirugía	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

---

### Llenar esta sección 7-10 días después de la cirugía:

En total cual fue la severidad de dolor: Leve Moderado Severo Insoportable Comentarios:

En total el dolor fue: Peor de lo que esperaba de esperarse Menos de lo que esperaba

¿Su hijo/a sintió altas o bajas durante 5-7 días después de la cirugía? Si No Comentarios:

Como se compara la respiración a antes de que tuvo la cirugía:

Mejoro Muchísimo Mejoro Sigue Igual Empeoro

Como ha sido la calidad de dormir comparando antes de la cirugía:

Mejoro Muchísimo

Mejoro Igual

Empeoro

¿Ha notado un cambio en la voz de su hijo(a)? Si No

Si la respuesta es Si, que ha notado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de anotar sus comentarios sobre su experiencia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al completar este formulario, favor de enviarlo en el sobre que se le proporciono o mándelo por fax al (858) 966-8038.

Gracias!!