

# UNIVERSITY of CALIFORNIA • IRVINE HEALTHCARE

## PREOPERATIVE ANESTHESIA SCREENING

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_ Gender:  M  F Wt: \_\_\_\_ lb. Ht: \_\_\_\_ in.  
 Email Address: \_\_\_\_\_  
 Primary MD: \_\_\_\_\_ Last Visit: \_\_\_\_\_ Surgeon: \_\_\_\_\_  
 Previous Surgery at UCIMC?  Y  N Best time to call: \_\_\_\_\_ Best number to reach you: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Best time for Pre Op Visit: \_\_\_\_\_ Pre Op Phone interview: \_\_\_\_\_  
 Will you be arriving from out of the area?  Y  N If yes, from where? \_\_\_\_\_

### Patient Questionnaire

Please answer the following YES or NO questions to the best of your ability. If you are unsure, or have comments, please note the question in the comments at the end of each section.

<u>CARDIOVASCULAR</u>	YES	NO	Year	<u>Hem./Onc./Infectious cont.</u>	YES	NO	Year	<u>NEUROPSYCHIATRY</u>	YES	NO	Year
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Radiation therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Heart Attack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Chemotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Seizure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Angina/chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Type? _____				Fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heart Bypass surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hx of Ca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Pacemaker or Defibrillator*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	If Yes, type _____				Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>*If "YES," initiate pacemaker protocol</i>				Location _____				Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Congestive Heart Failure/				HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fluid in lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					Psychiatric Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palpitations/Irregular				<b><u>GASTROINTESTINAL</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	Comments: _____			
heartbeat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcoholic liver disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>*FOR PEDIATRIC PATIENTS ONLY*</b>			
Heart murmur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acid Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Was child born prematurely?		<b>YES</b>	<b>NO</b>
Do you exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heartburn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	If YES, how many weeks premature			
How often? _____				Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	were they? _____			
Type? _____				Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problems noted at birth?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments: _____				Alcohol use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	If YES, please explain: _____			
				Amount: _____							
				Recreational drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
				Comments: _____							
<b><u>PULMONARY</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	<b><u>URINARY/REPRODUCTIVE</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	<b><u>PRIOR SURGERIES</u></b>			
Abnormal Chest X-ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Urinary/Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Date _____			
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Dialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Hemodialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Date _____			
Emphysema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Peritoneal Dialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
*Recent Respiratory Infection				If Female, could you be				Date _____			
(within last 4 weeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
*Shortness of Breath with				Date of last menstrual				Date _____			
Exertion/Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	period: _____				Complications: _____			
*Can you lay flat on your back?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Comments: _____				Date _____			
Sleep Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					Complications: _____			
Current Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					Date _____			
*Cough with Sputum				<b><u>ENDOCRINE</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	Complications: _____			
Production	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Date _____			
Do you smoke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
How many years? _____				Taken Steroids in the				Date _____			
Comments: _____				past year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
				Comments: _____				Date _____			
								Complications: _____			
<b><u>HEMATOLOGIC/ONCOLOGIC/ INFECTIOUS</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	<b><u>MUSCULOSKELETAL</u></b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Year</b>	Date _____			
Bleeding tendency				Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
(gums, nose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rheumatoid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Date _____			
Easy bruising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neck, Back, Arm, Leg				Complications: _____			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Date _____			
Sickle Cell disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herniated disc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complications: _____			
Blood clots in legs or lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Comments: _____				Date _____			

88377



# UNIVERSITY of CALIFORNIA · IRVINE HEALTHCARE

## PRUEBA PREOPERATORIA DE ANESTESIA

FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género:  M  F Peso: \_\_\_\_ lb. Estatura: \_\_\_\_ pulg.  
 Correa Electronico: \_\_\_\_\_  
 Médico primario: \_\_\_\_\_ Última visita: \_\_\_\_\_ Cirujano: \_\_\_\_\_  
 ¿Cirugía anterior en UCIMC?  S  N Hora más conveniente para llamar: \_\_\_\_\_ Número más conveniente para llamar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Hora más conveniente para visita preoperatoria: \_\_\_\_\_ Entrevista telefónica preoperatoria: \_\_\_\_\_  
 ¿Llegará usted de fuera del área?  S  N Si responde sí, ¿de dónde? \_\_\_\_\_

### Cuestionario del paciente

Sírvase contestar las siguientes preguntas Sí o NO lo mejor que pueda. Si no está seguro(a), o tiene algún comentario, utilice el área de Comentarios al final de cada sección.

<b>CARDIOVASCULAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hem./Onc./Infeccioso cont.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	<b>NEUROPSIQUIATRÍA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Angina/dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Tipo? _____				Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía de bypass coronario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hx da Ca? si es si, que tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
*Marcapasos o defibrilador*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>*Si responde "SI", inicie el protocolo de marcapasos</i>								Doble visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuficiencia cardíaca congestiva/ Líquido en los pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palpitaciones/Latidos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>GASTROINTESTINAL</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad hepática alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Hace ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Comentarios: _____			
¿Con cuánta frecuencia? _____				Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>*PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS SOLAMENTE*</b>			
¿Tipo? _____				Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		
¿Ha visto alguna vez a un cardiólogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ ¿A	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Nació su hijo(a) prematuro(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
quién? _____				¿Uso de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Si responde Sí, ¿de cuántas semanas? _____			
¿Dónde? _____				Cantidad: _____				¿Problemas observados al nacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios: _____				Droga/fármaco recreacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Si responde Sí, explique cuáles: _____			
				Comentarios: _____							
<b>PULMONAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	<b>URINARIO/REPRODUCTIVO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	<b>CIRUGÍAS PREVIAS</b>			
Radiografía de tórax anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad urinaria/renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fecha			
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complicaciones: _____			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	*Diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			
*Infección respiratoria reciente (durante las pasadas 4 semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Si es mujer, ¿podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fecha			
*Falta de aliento por Esfuerzo/Actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fecha de su último periodo menstrual: _____				Complicaciones: _____			
*¿Puede acostarse boca arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Comentarios: _____				_____			
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____					Fecha			
Tos actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>ENDOCRINO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	_____			
*Tos con producción de esputo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complicaciones: _____			
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			
¿Hace cuántos años? _____				¿Consumió esteroides durante el pasado año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fecha			
Comentarios: _____				Comentarios: _____				Complicaciones: _____			
								_____			
<b>HEMATOLÓGICO/ONCOLÓGICO/ INFECCIOSO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	<b>MÚSCULOESQUELETAL</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>AÑO</b>	_____			
Tendencia a sangrar (encías, nariz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complicaciones: _____			
Hematomas fáciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	¿Problemas de cuello, espalda, brazos, piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fecha			
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Disco herniado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Complicaciones: _____			
Coágulos de sangre en piernas o pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ciática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____			
				Comentarios: _____				Fecha			
								Complicaciones: _____			

Sírvase llenar AMBAS páginas

UNIVERSITY of CALIFORNIA • IRVINE  
HEALTHCARE

**PREOPERATIVE ANESTHESIA  
SCREENING**

Please provide the following information so we may contact your other physicians if necessary:

PCP Name: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Cardiologist Name: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Other Provider Name: \_\_\_\_\_ Phone No: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY**

1. Do you have any personal history of anesthetic complications? **YES NO**  
If YES, please explain: \_\_\_\_\_

2. Is there a family history of anesthetic complications? **YES NO**  
If YES, please explain: \_\_\_\_\_

**BLOOD**

1. Do you have any reason why you would refuse blood or blood products? **YES NO**  
If YES, please explain: \_\_\_\_\_

2. Do you have an Advance Directive? **YES NO**  
If YES, please bring on date of surgery.

<b>MEDICATIONS</b> (include over-the-counter and herbal)			<b>Dose</b>	<b>Frequency</b>	<b>ALLERGIES</b> (list all)		<b>Reaction</b>
1.					1.		
2.					2.		
3.					3.		
4.					4.		
5.					5.		
6.					6.		
7.					7.		
8.					8.		
9.					9.		
10.					10.		
11.					11.		
12.					12.		
13.					13.		
14.					14.		

Do you have any **comments or concerns** you would like to share with our staff? **YES NO**

---



---



---

PATIENT or GUARDIAN (PRINT NAME): \_\_\_\_\_ SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**X**

\*\*\*OFFICE USE ONLY\*\*\*

QUESTIONNAIRE REVIEWED BY: NAME/TITLE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Please complete BOTH pages**

UNIVERSITY of CALIFORNIA • IRVINE  
HEALTHCARE

**PRUEBA PREOPERATORIA  
DE ANESTESIA**

Proporcione por favor la información siguiente así que podemos contactar a sus otros médicos se es necesario:

Nombre de su MPC: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de su Cardiólogo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de otro proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Tiene usted algún historial personal de complicaciones durante la anestesia? | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <i>Si responde Sí, explique cuál: _____</i>                                      |           |           |
| 2. ¿Existe historial familiar de complicaciones anestésicas?                     | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <i>Si responde Sí, explique cuál: _____</i>                                      |           |           |

**SANGRE**

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Existe alguna razón por la que usted rehusaría al uso de sangre o productos sanguíneos? | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <i>Si responde Sí, explique cuál: _____</i>   |           |           |
| 2. ¿Tiene usted una Directiva Anticipada?   | <b>SÍ</b> | <b>NO</b> |
| <i>Si responde Sí, tráigala el día de la cirugía.</i>                                       |           |           |

MEDICAMENTOS (incluya medicamentos sin receta y herbarios)	Dosis	Frecuencia	ALERGIAS (enumérelas todas)	Reacción
1.			1.	
2.			2.	
3.			3.	
4.			4.	
5.			5.	
6.			6.	
7.			7.	
8.			8.	
9.			9.	
10.			10.	
11.			17.	
12.			18.	
13.			19.	
14.			20.	

¿Tiene usted algún comentario o preocupación que desearía compartir con nuestro personal? **SÍ** **NO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**v**

PACIENTE o CUSTODIO (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA):	FIRMA:	FECHA:
	<b>X</b>	

CUESTIONARIO REVISADO POR: NOMBRE/CARGO:	FECHA:
--	--------

**Sírvase llenar AMBAS páginas**

# UNIVERSITY of CALIFORNIA - IRVINE MEDICAL CENTER

## Health Issues Patient Self Assesement PREVIOUS ORTHOPAEDIC SURGERIES

ENGLISH				SPANISH			
		YES	NO			YES	NO
Ankle	27764	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo	27764	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavicle	23510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clavícula	23510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elbow	24583	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codo	24583	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femur	27230	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femur	24583	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibula	27782	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peroné	27782	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger	26760	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedo	26760	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foot	28320	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los Pies	28320	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heel	28410	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talón	28410	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hip	27224	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De la cadera	27224	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humerus	23610	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humero	23610	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knee	27534	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodilla	27534	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metacarpal	26610	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metacarpiano	26610	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metatarsal	28480	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metatarsiano	28480	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvis	27212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelvis	27212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radius	25510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio	25510	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radius/Ulna	25570	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio/Cubito	25570	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacrum	27192	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sacro	27192	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shoulder	23580	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombro	23580	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spine	22310	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna vertebral	22310	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tibia	27754	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tibia	27754	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tib/Fib	27756	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tibia/Peroné	27756	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toe	28500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedo de Pie	28500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulna	25540	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cubito	25540	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wrist	25626	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La muñeca	25626	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LABEL