

StDavid's HEART & VASCULAR

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Cita: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Médico Primario o de Cabecera: _____

Pharmacia (Nombre/Direccion/Telefono): _____

RAZON DE LA VISITA: Seguimiento del Hospital
 Aclaramiento de cirugia
 Problema cardiaco _____
 Otro Razon _____

¿USTED TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UNA CARTA PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA? SÍ NO
¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL? SÍ NO FECHA: _____
¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA NEUMONIA? SÍ NO FECHA: _____

ALERGIAS: ¿Alguna vez ha tenido reacción al contraste de rayos x? Sí No
¿Es usted alérgico al yodo o a los mariscos? Sí No
¿Es usted alérgico a cualquier adhesivo? Si No
¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No En caso, _____

SU HISTORIAL MÉDICO

(Por favor, indique si ha sido diagnosticado por un medico con alguna de las siguientes enfermedades.)

<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Estenosis Carotidea	<input type="radio"/> Insuficiencia Renal
<input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="radio"/> Ataque al Corazón	<input type="radio"/> Fibrilación Auricular _____
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Trastornos de la Coagulación	<input type="radio"/> Enfermedad Arterial Periférica (EAP)
<input type="radio"/> Angina	<input type="radio"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias	<input type="radio"/> Apnea del Sueño
<input type="radio"/> Arritmia _____	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Derrame Cerebral
<input type="radio"/> AIT	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Soplo Cardíaco
<input type="radio"/> Desmayos (pérdida de conciencia)		<input type="radio"/> Cáncer _____
<input type="radio"/> Colesterol Alto	<input type="radio"/> Trastornos en la Tiroides <input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Alta	<input type="radio"/> Miocardiopatía
<input type="radio"/> Presión Arterial Alta	<input type="radio"/> Coágulos en las Venas o Pulmones	<input type="radio"/> EPOC
<input type="radio"/> Enfisema Pulmonar	<input type="radio"/> VIH	<input type="radio"/> SIDA
<input type="radio"/> Problemas en el Hígado/Hepatitis A B o C		<input type="radio"/> Aneurisma
<input type="radio"/> Depresión	<input type="radio"/> Ansiedad	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Other
Other	Other	

HISTORIAL QUIRURGICO

- Reparación de AAA Colocación de Stent en la Carótida Colocación de Stent en Arterias Periféricas
 Ablación Cardíaca Angioplastia Coronaria Reparación de Válvula/Reemplazo
 Reparación de DSA DCI (Desfibrilador Cardioversor Implantable) Reparación de DSV
 Cirugía Coronaria Bypass Marcapasos Cardioversión
 Vesícula Histerectomía Cesárea
 Amígdalas Adenoides Fractura _____
 Vasectomía Cirugía del Túnel Carpiano Cataratas Izquierda Derecha
 Reemplazo de Cadera Izquierda Derecha Reemplazo de la Rodilla Izquierda Derecha
 Cirugía en la rodilla _____
 _____ Other _____ Other

HISTORIA CLINICA FAMILIAR

- ADOPTADO
 HISTORIAL FAMILIAR DESCONOCIDO

HISTORIA CLINICA FAMILIAR		Fibrilación Auricular	Enfermedad de las Arterias Coronarias	Trastornos Sanguíneos	Diabetes	Ataque al corazón	Enfermedad del Corazón	Insuficiencia Cardíaca	Colesterol Alto	Presión Arterial Alta	Derrame Cerebral	Otro
Parentesco	Vivo o Fallecido											
Madre												
Padre												
Hermano												
Hermana												

(Si escribe en un abuelo o tía/tío, por favor especifique maternal o paternal.)

HABITOS PSICOBIOLÓGICOS

CONSUMO DE ALCOHOL, INCLUYENDO CERVEZA: Sí No Si bebe, ¿cuantas bebidas y/o cervezas toma por día? _____

CONSUMO DE DROGAS: ¿Alguna vez ha usado drogas intravenosas o cocaína? Sí No

¿Alguna vez ha consumido drogas ilícitas o ha sido adicto a medicamentos para el dolor que requieren receta? Sí No

Si Aplica, por favor explique _____

CONSUMO DE TABACO: Nunca Fumo

Actualmente Fumo

¿Fuma? _____ Cajetillas por día por _____ años

Ex Fumador

Yo fumé por _____ años. Yo paré de fumar _____

¿Tiene exposición al humo de segunda mano? Sí No

¿Actualmente consume tabaco sin fumar?: MASTICA RAPÉ (aspirar) CIGARRILLOS ELECTRONICOS

Yo usaba tabaco por _____ años. Yo paré de usar tabaco _____

¿USTED HACE EJERCICIOS REGULARMENTE? Sí No

CONSUMO DE CAFEÍNA: ¿Cuántas bebidas que contengan cafeínas toma por día? (incluyendo café, sodas, y té) _____

ANAMNESIS O REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS *(por favor marque todas las que apliquen)*

¿Qué síntomas siente hoy?

GENERAL: ¿Ha habido algún cambio en su habilidad de hacer cosas que normalmente usted haría? Sí No

Fatiga/un Malestar Aumento de Peso Perdida de Peso

OJOS: Perdida de Visión – Izquierda Perdida de Vision – Derecha Halos Visual

RESPIRATORIO: Tos Falta de Aire Trastornos de sueño debido a respiración Ronquidos Silbidos

PIEL: Ulceras de la Piel Tarda en cerrar o curar Heridas

HENT: Dolor de Cabeza

CARDÍACO: Dolor de Pecho Claudicacion(Coजार al caminar) Sincope(Desmayarse)

Disnea de Esfuerzo(Falta de aire cuando hace esfuerzo) Inflamacion de las Piernas

Ortopnea(Falta de aire cuando esta resostado)

Palpitaciones(Latidos del corazón irregulares, rapidos)

Disnea Paroxistica Nocturna(Ataques de falta de aire que lo despiertan durante la noche)

ENDOCRINO: Intolerancia al frio Intolerancia al calor Poliuria

HEMATOLÓGICO/LYMPH: Sangrado Moretones sangrado fácilmente Tendencia a claudiacion

MUSCULOESQUELÉTICO: Artritis Caidas Dolor Articulaciones Calambres Musculares Musculos débiles

GASTROINTESTINAL: Hemorragia Abdominal Dolor estomago Constipacion Diarrea Reflujo

Melena(Excremento oscuro rojizo) Nauseas Vomito

GENITOURINARIO: Hematuria(sangre en orina) Nicturia(Orinar frecuente en la noche)

NEUROLÓGICO: Somnolencia Diurria Mareos Convulsiones Desmayos Vertigos

PSIQUIÁTRICO: Estado Mental Alterado Depresion Perdida de Memoria Ansiedad o Nerviosismo

OTROS SINTOMAS: _____

Pacientes de 65 años de edad y mayores:

¿Ha caído en los últimos tres meses? SÍ NO