

# 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 Sueno                      |
| <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 <b>A B o C</b> |   | <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

		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