

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Fecha de hoy _____ Apellido de Paciente _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Sexo M F Otro _____ Fec. Nac. _____ Edad _____
 Ocupación _____ Etnicidad _____
 Razón por la visita de hoy _____
 Medico Referente _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

(por favor ✓ todo el que aplica):	Fecha(s)	¿Dónde? ¿Ubicación?
<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cauterización Cardíaca	_____	_____
<input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent	_____	_____
<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco/Prolapso de Válvula	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de bypass (CABG)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva	_____	_____
<input type="checkbox"/> Angiograma TC	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma/Ultrasonido Cardíaco	_____	_____
<input type="checkbox"/> Monitor Holter	_____	_____
<input type="checkbox"/> Marca Pasos Implantado o Desfibrilador	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prueba de Estrés (Prueba de Caminadora)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca Congénita: ¿Qué Tipo?	_____	
<input type="checkbox"/> Angina/Dolor de Pecho: ¿Qué frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Cabeza mareada/mareo/desmayo	_____	
<input type="checkbox"/> Palpitación	_____	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática: ¿A qué edad?	_____	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática Cardíaca: ¿Qué Tipo?	_____	
<input type="checkbox"/> Perdida de aliento o esfuerzo	_____	
<input type="checkbox"/> Perdida de aliento – requiriendo (2) o mas almohadas para dormir cómodamente	_____	
<input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos	_____	
<input type="checkbox"/> Fatiga inusual	_____	

FACTOR DE RIESGO

(por favor ✓ todo el que aplica):

Fumador actual: ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuántos paquetes/ día? _____

Fumador previo: ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo dejo de fumar? _____

Presión arterial alta: ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Bajo cual tratamiento? _____

Colesterol Alto: ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Bajo cual tratamiento? _____

Derrame Cerebral o TIA (mini derrame cerebral): ¿Cuándo? _____

Cantidad de bebidas alcohólicas por semana _____

Diabetes

Coágulos venosos (pierna)

Ejercicio 3 veces por semana o más ¿Qué tipo? _____

En plan de dieta especial: ¿Qué tipo? _____

Calambres de pierna cuando camina: ¿Cuánto puede caminar antes de que comience el dolor? _____

Historial de enfermedad cardíaca de familia inmediata

Califica tu nivel de estrés en los últimos 12 meses (circula la calificación apropiada):

	Bajo					Moderado					Alto
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Califica tu nivel de estrés en los últimos 30 días (circula la calificación apropiada):

	Bajo					Moderado					Alto
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

¿Cómo se alivia de tensión y estrés? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor notar todos los medicamentos actuales INCLUYENDO vitaminas y/o suplementos que está tomando:

Medicina

Dosis/Frecuencia

Medicina

Dosis/Frecuencia

ALERGIAS

(Medicamento, Comida, Ambiente): Por favor liste las alergias y reacciones:

HISTORIAL DE CIRUGÍAS PASADAS Y HOSPITALIZACIONES

(En orden cronológico):

Razón/Fecha Aproximada

Razón/Fecha Aproximada

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

MEDICA FAMILIAR

(Por favor indique la salud actual de cada miembro de su familia):

(Si ha fallecido, por favor indique la causa y edad aproximada al tiempo de fallecimiento)

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos/as: _____

HISTORIAL SOCIAL Y PERSONAL

(Por favor ✓ la caja apropiada):

Casado/a Viudo/a Soltero/a Otro: _____

¿Ciudad de Nacimiento? _____ ¿Nivel de educación más alto? _____

¿Cuántos hijos? _____ ¿Edades actuales? _____

¿Por cuánto tiempo a vivido en San Diego o donde usted actualmente reside? _____

Notas (uso de oficina solamente)
