



SAN DIEGO
CARDIAC
CENTER
MEDICAL GROUP, INC.

Kearny Office 3131 Mesa 750 Medical Center Ct Suite 100
Bergamot Station San Diego, CA 92123 858-244-6800
Chula Vista Office Suite 10 Chula Vista, CA 91911 619-482-0300
El Cajon Office 300 S. Pierce Street Suite 102 El Cajon, CA 92020 619-668-4700

HISTORIA CLÍNICA Y DE SALUD

www.sdcardiac.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy _____ Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____
Sexo ☐ M ☐ F ☐ Otras _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Ocupación _____
Etnia _____ Motivo de la visita el día de hoy _____ Médico que deriva _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

(por favor ✓ todo lo que corresponda):

	Fecha(s)	¿Dónde? ¿Ubicación?
☐ Infarto de miocardio	_____	_____
☐ Cateterismo cardíaco	_____	_____
☐ Angioplastia/stent	_____	_____
☐ Soplo cardíaco/prolapso de válvula	_____	_____
☐ Cirugía de baipás (CABG)	_____	_____
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva	_____	_____
☐ Angiogramas por tomografía computarizada	_____	_____
☐ Ecocardiograma/Ultrasonido cardíaco	_____	_____
☐ Monitor Holter	_____	_____
☐ Implante de marcapasos o desfibrilador	_____	_____
☐ Prueba de esfuerzo (prueba en la caminadora)	_____	_____
☐ Enfermedad cardíaca continua: ¿De qué tipo?	_____	_____
☐ Angina de pecho/dolor: ¿Qué tan frecuente?	_____	_____
☐ Aturdimiento/mareos/desmayos	_____	_____
☐ Palpitaciones	_____	_____
☐ Fiebre reumática: ¿A qué edad?	_____	_____
☐ Enfermedad cardíaca reumática: ¿De qué tipo?	_____	_____
☐ Falta de aire por esfuerzo	_____	_____
☐ Falta de aire: requiere (2) o más almohadas para dormir cómodamente	_____	_____
☐ Hinchazón de los tobillos	_____	_____
☐ Fatiga inusual	_____	_____

FACTOR DE RIESGO

(por favor marque ✓ a todos los que correspondan):

☐ Fuma actualmente: ¿Cuánto tiempo?	_____	¿Cuántos paquetes por día?	_____
☐ Fumaba anteriormente: ¿Cuánto tiempo?	_____	¿Cuándo renunció?	_____
☐ Presión arterial alta: ¿Cuánto tiempo?	_____	¿Bajo tratamiento actual?	_____
☐ Colesterol alto: ¿Cuánto tiempo?	_____	¿Bajo tratamiento actual?	_____
☐ Derrame cerebral o AIT (hora): ¿cuándo?	_____		
☐ Cantidad de bebidas alcohólicas a la semana	_____		
☐ Diabetes			
☐ Coágulos venosos (piernas)			
☐ Ejercicio 3 veces por semana o más: ¿Qué tipo?	_____		
☐ En un plan de dieta especial: ¿De qué tipo?	_____		
☐ Calambres en las piernas al caminar: ¿Cuánto tiempo puede caminar antes del dolor?	_____		
☐ Antecedentes de familiares directos de enfermedad cardíaca			

Califique su nivel de estrés en los últimos 12 meses (coloque en un círculo la calificación adecuada):

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

Califique su nivel de estrés en los últimos 30 días (circula la calificación adecuada):

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

¿Cómo alivia la tensión y el estrés? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

Mencione todos los medicamentos actuales, INCLUYENDO las vitaminas y/o suplementos que está tomando:

Medicamento	Dosis/frecuencia	Medicamento	Dosis/frecuencia

ALERGIAS

(Medicamento, alimento, medio ambiente): Enumere las alergias y reacciones:

HISTORIA DE CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES

(En orden cronológico):

Motivo/Fecha aproximada	Razón/Fecha aproximada
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

MÉDICO DE FAMILIA

(Indique el estado de salud actual de cada uno de los integrantes de su familia):

(En caso de un fallecido, indique la causa y la edad aproximada al momento de la muerte)

Padre:

Madre:

Hermanos:

HISTORIA SOCIAL Y PERSONAL

(Por favor marque✓ correspondiente):

9 Casado(a) 9 Viudo(a) 9 Soltero(a) 9 Otros:

¿Ciudad de nacimiento?

 ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

¿Cuántos hijos tiene?

 ¿Cuáles son sus edades actuales?

¿Cuánto tiempo ha vivido en San Diego o donde sea que resida actualmente?

Notes (Office Use Only)