

HeartCare Historia de paciente

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento/Lugar donde nació _____
Origen Étnico _____ Fecha que llevo a L.A. _____ La Fecha de hoy _____
Quien Lo Refirió? _____ Razón? _____ Doctor Principal _____
Otros Doctores _____ Ocupación/Cuando se Retiro? _____

Estado Civil (circule uno): soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a asociado/a

Nivel de educación más alto (circule uno): primaria secundaria colegio bachillerato Licenciado/a

Historia Cardiovascular (circule y ponga fecha): ataque al corazón angioplastia/stent cirugía de bypass
Marcapasos ablación cirugía arterial/ localización anatómica obstrucción carótida/ cirugía
Aneurisma/localización/cirugía ekg anormal análisis anormal: de cuerpo/corazón Dolor de
pecho/presión/angina dificultad para respirar en: reposo/actividad Hinchazón en los: tobillos/pies
problema congestivo del corazón apnea del sueño alta presión alto colesterol derrame cerebral TIA
Diabetes desmayos/mareos dolor en los tobillos cuando caminar palpitaciones/latido cardiaco irregular y rápido
fibrilación auricular/latir con fuerza fiebre reumática o escarlata soplo cardiaco Válvula que gotea
tendencias de coagulación/trombosis de vena profunda aumento/pérdida de peso Nacimiento
premature/meses _____ quistes ováricos infertilidad/periodos menstruales irregulares Fecha de su último
periodo menstrual _____ eclampsia/toxemia/diabetes gestacional fibromialgia disfunción eréctil crónica
enfermedad autoinmune/ inflamatoria artritis reumatoide lupus Espondilitis psoriasis/artritis esclerosis
sistémica sida colitis bronquitis crónica enfermedad de las encías pies de atletas caspa sinusitis crónica.

Estrés: grado 1 al 10 y porque: _____

Otra historia cardiovascular: _____

Hospitalizaciones (lugar, fecha, razón): _____

Procedimientos/que año?(circule y ponga fecha): cauterización cardiaca eco cardiograma prueba en maquina
de andar/prueba de estrés nuclear radiografía de pecho o abdominal CT de corazón/análisis de cuerpo
monitor de corazón de 24 horas

Otra información pertinente: _____

Que medicamentos toma?(incluya aspirina, vitaminas, suplementos ,hierbas) **Note las dosis y frecuencia**

Medicamentos discontinuos _____

Estilo de vida

Ejercicio/pasa tiempos: qué tipo, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo? _____

Sobre su comida: Quien cocina? _____ Alguna dieta especial? _____ Con que frecuencia
come fuera de casa? _____

Sobre su peso: su peso ideal _____ Peso en secundaria _____ Peso casado/a _____ Peso máximo y cuando _____

Nombre: _____

Historia de fumar (incluye cigarros, puros, tabaco de mascar y la exposición al humo de segunda mano)

Fuma? Si/No numero de paquetes _____ número de años _____ edad comenzado _____ historia de dejar de fumar o continuar a fumar? _____ Era fumador/a? Si/No numero de paquetes _____ número de años _____ Año que dejo de fumar _____

Historia de beber (incluye todas las bebidas alcohólicas, es decir: cerveza, vino, licor, bebidas mezcladas):

Toma? Si/No numero de bebidas por día/semana/mes/año _____ número de años _____ Tomaba? Si/No numero de bebidas por día/semana/mes/año _____ Año que dejo de beber _____

Consumo de cafeína (café, té, coca, pepsi, chocolate, otros): Si/No cuantos al día? _____

Uso de drogas recreativas: que/cuando _____

Antecedentes familiares

Indicar quien ha tenido ataque al corazón, angina de pecho, bypass graft, stent, aneurisma, derrame cerebral, TIA diabetes, marcapasos, terapia de ablación, trasplante de corazón, gota/ enfermedad autoinmune/ inflamatoria etc.

| Familia | Vivos edad | Enfermedad (des) | Difuntos edad | Enfermedad(des) y la causa de la muerte |
|-----------------------------|---------------|------------------|------------------|--|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Abuelos Paternos | | | | |
| Abuelos Maternos | | | | |
| Hermanos | | | | |
| Hermanas | | | | |
| Hijos | | | | |
| Hijas | | | | |
| Tías, tíos, primos paternos | | | | |
| Tías, tíos, primos maternos | | | | |
| Esposo/Esposa | | | | |
| Otros | | | | |

Alergias (medicamentos, alimentos, hayfever, otras y reacciones): _____

Problemas médicos actuales y pasados (círcule y ponga fecha): anemia, artritis, asma/tos, cataratas, glaucoma, cáncer, fatiga crónica, indigestión, la tuberculosis, problemas de orinar, insomnio, dolores de cabeza, acidez estomacal, enfisema/COPD, hepatitis, diarrea, flebitis, problemas de próstata, enfermedad de la tiroides, las incautaciones, úlceras estomacales, estreñimiento, depresión/ansiedad, cálculo renal/infecciones, enfermedad hepática, nauseas/vómitos, enfermedades psiquiátricas. Cirugías, lesiones, conmociones, y otros problemas pertinentes no cubiertos:

Utiliza el internet para obtener información médica? Explique _____

A quién desea que sus reportes sean enviados/por teléfono/por fax? _____