



## Historia Del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_

**Razon por su evaluación cardiaca:**

\_\_\_\_\_

<b>Revision De Los Sistemas</b>
---------------------------------

<b>(Por favor marque todas las condiciones o descripciones que apliquen a Ud)</b>
---

- Cardiaco:**  Dolor de Pecho  Sudar  Palpitaciones  Apagones  Desmayo  
**Vascular:**  Dolor de Pierna al Caminar  Inflamacion/Sitio \_\_\_\_\_  
**General:**  Aumento de Peso  Perdida de Peso  Fiebre  
**HEENT:**  Cambio de Vision  Perdida de la Audicion  
**Pulmonar:**  Ronquido  Sangre en esputo  Falta de aliento  
**Gastrointestinal:**  Nauseas/Vomito  Sangrar  Diarrea  Reflujo  
**Genitourinario:**  Sangre en orin  Orinar Frecuente  
**Neurologico:**  Mareos  Perdida de Memoria  Convulsiones  
**Psiquiatrico:**  Depresion  Bajo Recuento de Plaquetas  
**Reproduction:**  Historia de Anticonceptivos Orales  
**Endocrino:**  Bocio  Temblores  Diabetes  Tiroides  
**Dermatologico:**  Erupcion  Llagas de la Piel  
**Musculoaqueleticos:**  Dolor de Articulacion  Dolor de Musculo

Con cuantas almohadas duerme? \_\_\_\_\_

<b>Pasada Historia Medica</b>
-------------------------------

<b>(Por favor liste hospitalizaciones del pasado/cirugias o enfermedades graves y las fechas)</b>
---

- Enfermedad Crónica de Pulmones  Postmenopáusico  Sobrepeso  
 Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Soplo cardiaco  Ataque al corazón  Insuficiencia Renal

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Alergias A Medicinas

(Por favor de incluir la reacciones al medicamento)

Allergico/a al medio contraste:  Si  No

Allergia a los medicamentos y Reacciones (Ejemplo: Aspirina- Me da erupción):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Factores De Riesgo Cardiaco

(Por favor de incluir la reacciones al medicamento)

<b>Consumo de Tabaco</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Año Actual/Anterior: Tipo: _____ Año que I deje de fumar : _____
<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tipo 1 Año Diagnosticago: _____ <input type="checkbox"/> Tipo 2
<b>Historia de Colesterol Elevado</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Total de Colesterol: _____ Trigliceridos: _____ HDL (Bueno) : _____ LDL (MAL) : _____ Fecha de Ultimos Labroatorios _____
<b>Alta/Elevada Presion</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Año Diagnosticado: _____
<b>Dolor de Pierna Con Ejercicio (PVD)</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Descripcion de Dolor: _____ _____
<b>Historia de Familia de Enfermeda de Corazon</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Madre: Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ <input type="checkbox"/> Padre: Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ Hermanos (Porfavor, especifique hermano o hermana): Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana Otro (Porfavor, especifique la relacion): Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ Relacion: _____ Edad de Inicio: _____ Problema de Corazon: _____ Relacion: _____

