

TEXAS CARDIAC



ARRHYTHMIA

Historia Clínica

SI HAN PASADO MAS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA, POR FAVOR LLENE EL HISTORIAL MÉDICO COMPLETO *SI HAN PASADO MENOS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA, POR FAVOR ACTUALICE LAS ÁREAS EN LAS QUE HAN HABIDO CAMBIOS*

Nombre del Paciente _____ Fecha de Visita _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo Femenino Masculino Médico Primario o de Cabecera _____

SU HISTORIAL MÉDICO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Estenosis Carotidea | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal |
| <input type="radio"/> Fibrilación Auricular | <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="radio"/> Ataque al Corazón |
| <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/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/Enfisema Pulmonar | <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Problemas en el Hígado/Hepatitis ABC |
| <input type="radio"/> Aneurisma | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Ansiedad |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

Historial Quirúrgico

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Reparación de AAA | <input type="radio"/> Colocación de Stent en la Carótida | <input type="radio"/> Colocación de Stent en Arterias Periféricas |
| <input type="radio"/> Ablación Cardíaca | <input type="radio"/> Angioplastía Coronaria | <input type="radio"/> Reparación de Válvula/Reemplazo |
| <input type="radio"/> Reparación de DSA | <input type="radio"/> DCI (Desfibrilador Cardioversor Implantable) | <input type="radio"/> Reparación de DSV |
| <input type="radio"/> Cirugía Coronaria Bypass | <input type="radio"/> Marcapasos | <input type="radio"/> Cardioversión |
| <input type="radio"/> Vesícula | <input type="radio"/> Histerectomía | <input type="radio"/> Cesárea |
| <input type="radio"/> Amígdalas /Adenoides | <input type="radio"/> Fractura _____ | <input type="radio"/> Vasectomía |
| <input type="radio"/> Cirugía del Túnel Carpiano | <input type="radio"/> Cataratas <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha | <input type="radio"/> Reemplazo de Cadera <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha |
| <input type="radio"/> Reemplazo de la Rodilla <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Derecha | <input type="radio"/> Cirugía en la rodilla _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> Apendicectomía | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |