

StDavid's HEART & VASCULAR

HISTORIA CLINICA

POR FAVOR COMPLETE LA FORMA ENTERA SI HAN PASADO MAS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA. POR FAVOR ACTUALICE LAS ÁREAS QUE HAN HABIDO CAMBIOS SI HAN PASADO MENOS DE TRES AÑOS DESDE SU ÚLTIMA VISITA.

Nombre del Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Visita _____
Edad _____

Médico Primario o de Cabecera _____

¿USTED TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UNA CARTA PODER PATA ATENCIÓN MÉDICA?

SÍ NO

¿USTED SE HE PUESTO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL?

SÍ NO FECHA _____

¿USTED SE HA PUESTO LA VACUNA CONTRA LA PULMONÍA?

SÍ NO FECHA _____

Por favor marque cualquier cosa que ha sido diagnosticado:

SU HISTORIAL MÉDICO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aneurisma Aortica | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias carótidas | <input type="radio"/> Enfermedad del riñón |
| <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 |
| <input type="radio"/> Angina de pecho | <input type="radio"/> Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="radio"/> Apnea del sueño |
| <input type="radio"/> Alteración del ritmo cardiaco | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Derrame cerebral/AIT |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Soplo cardíaco | <input type="radio"/> Desmayo |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="radio"/> Miocardiopatía | <input type="radio"/> Presión arterial alta | <input type="radio"/> Venas varicosas |

ENFERMEDADES HISTORIALES

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Moretones o sangrado fácil | <input type="radio"/> Flebitis o inflamación |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Fiebre reumática |
| <input type="radio"/> Coágulos en las venas o pulmones | <input type="radio"/> Problemas del hígado o hepatitis | <input type="radio"/> Úlceras estomacales |
| <input type="radio"/> EPOC/Enfisema pulmonar | <input type="radio"/> Menopausia | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> _____ | | |

CIRUGÍAS CARDÍACAS ANTERIORES

- Reparación de AAA
- Ablación cardíaca
- Reparación de DSA
- Bypass coronaria
- Cateterización cardíaca
- Cardioversión
- Stent carotideo
- Stent coronario
- DCI
- LARIAT
- Marcapasos
- Stent periférico
- La reparación o reemplazo de la válvula

OTRA HISTORIA QUIRÚRGICA

- Apendectomía
- Liberación del túnel carpiano
- Catarata
- Cesárea
- _____
- Reparación de la fractura
- Vesícula biliar
- Reemplazo de cadera
- Histerectomía
- _____
- Reemplazo de rodilla
- Cirugía de rodilla
- Amigdalectomía
- Vasectomía o ligadura de trompas

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

<i>Relación</i>	<i>Viva o muerta</i>	<i>Alteración del ritmo cardíaco</i>	<i>Enfermedad de las arterias coronarias</i>	<i>Trastornos de la coagulación</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Ataque al corazón</i>	<i>Enfermedad del corazón</i>	<i>Insuficiencia cardíaca</i>	<i>Colesterol alto</i>	<i>Presión arterial alta</i>	<i>Derrame cerebral/AIT</i>	<i>Muerte cardíaca súbita</i>	<i>Venas varicosas</i>	<i>Insuficiencia venosa</i>
Madre														
Padre														
Hermana														
Hermano														
Tía materna														
Tío materno														
Tía paterna														
Tío paterno														
Abuela materna														
Abuelo materno														
Abuela paterna														
Abuelo paterno														

- Adoptado
- Historial familiar desconocido

HISTORIA SOCIAL

¿Consumo de alcohol incluyendo cerveza? Sí No

¿Cuántas bebidas toma por semana? _____ vasos de vino
_____ latas de cerveza
_____ tragos de licor
_____ bebidas mezcladas

¿Ha utilizado drogas ilegales o ha abusado medicamentos? Sí No

¿En caso afirmativo, el cual? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Fuma usted? Nunca Ex fumador, ponga la fecha _____ Actual fumador

¿Años fumando? _____ ¿Paquetes por día? _____

¿Actualmente utiliza el tabaco sin humo? Nunca Ponga la fecha _____ Usuario actual

Si fuma, ¿estás listo para dejar de fumar? Sí No

¿Hace ejercicio regularmente? Sí No

¿Bebe usted cafeína? Sí No

ALERGIAS

¿Alguna vez ha tenido reacción al contraste de rayos x? Sí No

¿Es alérgico al yodo o mariscos? Sí No

¿Tiene alergias a medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre de la medicina _____
