



Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de teléfono: (____) ____-____
Correo electrónico: _____

¿Cuál es el motivo principal de su visita? (es decir, chequeo) _____
¿Fue referido por otro médico? No Si, ¿quién? _____
¿Tiene un médico de atención primaria? No Si, ¿Quién? _____
¿Quiénes, si los hay, son los especialistas que ves? _____
¿Cómo te enteraste de nosotros? (Haga clic en uno) Búsqueda en Internet Amigos/parientes
Referencia médica Otro: _____

SÍNTOMAS RECIENTES

- 1. ¿Tiene dolor en el pecho? Sí No
- 2. ¿Tiene dificultad para respirar? Sí No
a. En caso afirmativo, ¿con esfuerzo? Sí No
b. En caso afirmativo, ¿mientras está acostado en la cama? Sí No
c. En caso afirmativo, ¿te despierta por la noche? Sí No
- 3. ¿Ha tenido hinchazón en las piernas? Sí No
- 4. ¿Desarrollas dolor en las piernas de forma rutinaria cuando caminas? Sí No
- 5. ¿Te has desmayado recientemente? Sí No
- 6. ¿Has sentido que tu corazón late rápido o salta sin ninguna razón? Sí No

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Table with 2 columns: Problema, Año diagnosticado. Rows 1, 2, 3.

(haga clic en sí o no)

- Presión arterial alta Sí No
- Colesterol alto Sí No
- Diabetes Sí No
- Ataque al corazón Sí No
- Insuficiencia cardíaca Sí No

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS

Table with 2 columns: Tipo de Cirugía, Año de Cirugía. Rows 1, 2, 3.

HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

¿Los ataques cardíacos se presentan en su familia? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién y a qué edad lo tuvieron? _____
Por favor, especifique cualquier problema de salud (especialmente cardíaco) de su:
(haga clic para seleccionar la opción)
Padre: (¿Vivo o fallecido?) _____
Madre: (¿Viva o fallecida?) _____
Abuelos paternos: (¿Vivos o fallecidos?) _____
Abuelos maternos: (¿Vivos o fallecidos?) _____
Hermanos: (¿Vivos o fallecidos?) _____

HISTORIA SOCIAL

1. ¿Fumas actualmente? Sí No Nunca Número de paquetes: _____

• Si no, ¿hace cuánto tiempo que dejaste de fumar? _____

2. ¿Haces ejercicio de forma rutinaria? Sí No Tipo: _____

3. ¿Actualmente bebes cafeína? _____ Sí _____ No Número de bebidas por día: _____

4. ¿Actualmente bebes alcohol? _____ Sí _____ No Número de bebidas por día: _____

5. Ocupación: _____

O, (haga clic para seleccionar la opción): **Retirado** **Desempleado** **Discapacitado**

Por favor, enumere sus medicamentos actuales a continuación (o escriba 'ninguno' si es apropiado):

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Especifique cualquier alergia a medicamentos a continuación (o escriba 'ninguno' si corresponde):

¿Qué farmacia utilizan? Proporcione la dirección y el número de teléfono si se conocen:

REVISIÓN DE SISTEMAS RECIENTES: (haga clic en sí o no)

Constitucional:

Fiebres _____ Sí _____ No

Endocrino:

Fatiga _____ Sí _____ No

Gastrointestinal:

Dolor abdominal _____ Sí _____ No

Heces negras (color alquitrán) _____ Sí _____ No

Musculoesquelético:

Dolores musculares _____ Sí _____ No

Neurología:

Debilidad en los brazos o las piernas _____ Sí _____ No

Cambios visuales _____ Sí _____ No

Psiquiátrico:

Depresión _____ Sí _____ No

Genitourinario:

Falta de función sexual (impotencia) _____ Sí _____ No