

COASTAL CARDIOLOGY  
HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_  
F de naci: \_\_\_\_\_ Refiriéndose médico: \_\_\_\_\_ Cardiólogo que está viendo hoy: \_\_\_\_\_  
¿Por qué está viendo a un cardiólogo? \_\_\_\_\_

Historia y Física – Por favor marque (X) todas las respuestas positivas

Problemas o síntomas:	¿Alguna vez ha tenido?	Marque si tiene:
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo, caminadora	<input type="checkbox"/> Presión arterial alto
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/> ¿Alguna vez has fumado?
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Ritmo anormal	<input type="checkbox"/> Cirugía de bypass coronario	<input type="checkbox"/> ¿Hace ejercicio?
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Cirugía de la válvula	Miembro cercano de la familia con:
<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Estudio electrofisiológico	<input type="checkbox"/> Ataque del corazón
<input type="checkbox"/> Agrandamiento del corazón	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho	<input type="checkbox"/> Desfibrilador implantado	Las mujeres, tienen que:
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Pasado la menopausia
<input type="checkbox"/> Mareo o vértigo	<input type="checkbox"/> Monitor de corazón	¿a qué edad? _____
<input type="checkbox"/> Piernas hinchadas	<input type="checkbox"/> Registrador de eventos	<input type="checkbox"/> Reemplazo de estrógeno
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca		
<input type="checkbox"/> Labios o uñas azules	Algo más sobre su corazón: _____	
<input type="checkbox"/> Calambres en las piernas al caminar	_____	

Medicación - Háblenos de su receta y medicamentos de venta libre (nombres, dosis, frecuencia)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_

Alergias - ¿Usted alérgico a alguna medicación?  Si  No

¿Qué medicación está usted alérgico? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de reacción tuvo? \_\_\_\_\_

Historial Médico – Por favor marque (X) cualquier síntoma que tiene o ha tenido en el último año

Constitucional	HEENT	Respiratorio
<input type="checkbox"/> Falta de energía	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sibilancias
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Toser sangre
<input type="checkbox"/> Los cambios de peso	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	

Complete ambas páginas de este formulario.

Digestivo

- Indigestión
- Cambio hábitos intestinales
- Heces con Sangre o Quédate
- Ictericia
- Problemas hepáticos
- Úlceras
- Cálculos biliares

Dermatológico

- Sarpullido
- Picazón
- Otros problemas de la piel

Neurológica

- Parálisis (temporal)
- Apoplejía
- Entumecimiento
- Pérdida del Equilibrio
- Mareo

Hematológico

- Sangrante
- Fácil aparición de moretones
- Factores de riesgo para el VIH
- Anemia
- Cáncer

Urinaria

- Frecuencia
- Infecciones
- Piedras
- Incontinencia urinaria

Solo Hombres

- Los problemas de próstata
- Micción nocturna

Solo Mujeres

- Periodo menstrual anormal
- ¿Podría estar embarazada?

Musculoesquelético

- Dolor en las articulaciones
- Artritis
- Dolor de espalda
- Dolores musculares
- Sensibilidad muscular
- Gota

Reproductor Femenino

- Bulto en el pecho
- Reciente mamografía
- Reciente examen pélvico

Endocrino

- Trastorno de la tiroides
- Diabetes
- Sed excesiva
- El exceso de hambre
- El exceso de orina

Psiquiátrico

- Pensamientos inusuales
- Nerviosismo
- Llanto o Tristeza
- Depresión
- Intentos de Suicidio

¿Ha tenido alguna operación?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

¿Está siendo tratado o ha sido tratado por alguna enfermedad?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Historia Social:

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado

¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

¿Ocupación? \_\_\_\_\_

¿Entretenimiento en tiempo libre? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de educación \_\_\_\_\_

Hábitos de Salud:

¿Fuma?  Si  No

¿Cuántos paquetes por día fuma? \_\_\_\_\_

¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol consume? \_\_\_\_\_

¿Utiliza alguna droga? \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

Marque si alguno de sus familiares cercanos (padres, hermanos y hermanas, hijos) tiene:

- |  |                                |                                |                                  |                                  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Niños |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alto | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Niños |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Niños |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Niños |

¿Hay otros problemas de salud en su familia? \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones:

Año	Hospital	Causa