La Historia de Salud - Confidencial

Nombre: | FDN: | Edad: | SSN:

La Razón por tu visita:	Explique lo q sientes y cuanto tiempo dura:
Si Usted esta sintiendo dolor de pecho, cuando ocurre?	

Por favor, proveer su historial médico (incluyendo cirugía y hospitalización):

Family Medical History			
Padre	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no
Madre	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no
Abuelos	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no
Hermano/a	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no
Tio/Tia	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no
Hijos	Viviendo? ☐ si ☐ no	Enfermedad del corazón? ☐ si ☐ no	Trazo? ☐ si ☐ no

Factores de Riesgo Cardiaco	
Hipertensión	☐ si ☐ no
Smoking	☐ si ☐ no
Obesity	☐ si ☐ no
Cholesterol	☐ si ☐ no
Diabetes	☐ si ☐ no
Family History	☐ si ☐ no

Alergias	
Yodo	☐ si ☐ no
Penicilina	☐ si ☐ no
Pescados y Mariscos	☐ si ☐ no

Otras razones(por) visita:	
Prueba de Caminata	☐ si ☐ no
Palpitaciones	☐ si ☐ no
Latidos rápidos del corazón	☐ si ☐ no
Mala circulación	☐ si ☐ no
Falta de aliento	☐ si ☐ no
Hinchazón	☐ si ☐ no
Hipertensión	☐ si ☐ no
Soplo Cardiaco	☐ si ☐ no
Fiebre Reumático	☐ si ☐ no
Otra:	

Otra Historia de salud			
Dolor Abdominal	☐ si ☐ no	Intolerancia frio/calor	☐ si ☐ no
Asma	☐ si ☐ no	Hepatitis	☐ si ☐ no
Apagón	☐ si ☐ no	Indigestión	☐ si ☐ no
Claudicación	☐ si ☐ no	Hígado/vesicular biliar	☐ si ☐ no
Estreñimiento	☐ si ☐ no	Entumecimiento	☐ si ☐ no
Tos	☐ si ☐ no	Dolor al Orinar	☐ si ☐ no
Mareo	☐ si ☐ no	Flebitis	☐ si ☐ no
Enfisema	☐ si ☐ no	Neumonia	☐ si ☐ no
Sed Excesiva	☐ si ☐ no	Convulsiones	☐ si ☐ no
Hambre Excesiva	☐ si ☐ no	Seno Problema	☐ si ☐ no
Desmayo	☐ si ☐ no	Dolor de garganta	☐ si ☐ no
Lesión en la cabeza	☐ si ☐ no	Urgencia/dudas	☐ si ☐ no
Dolores de cabeza	☐ si ☐ no	Varices	☐ si ☐ no
Audición	☐ si ☐ no	Visión	☐ si ☐ no
Acidez	☐ si ☐ no	Ganancia peso/perdida	☐ si ☐ no

Medicamentos Actuales:

Social History							
Fumar?	☐ si ☐ no	# por dia:		Dejaste?	☐ si ☐ no	Fecha q dejaste:	
Alcohol?	☐ si ☐ no	# por dia:		Caffeine?	☐ si ☐ no	# por dia:	
Rec. Drugs?	☐ si ☐ no	# por dia:		Diet:			

Revision Date: 10/20/11