

Nombre: _____
Name

Fecha: _____
Date

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Edad: _____
Age

Medico de atencion primaria: _____
Primary Care Physician

Otros medicos que ves regularmente: _____
Other physicians you see regularly

Historia medica cronica y el pasado:
Chronic and past medical history

Si No
Yes No

☐ ☐ Insuficiencia cardiaca (heart failure) _____

☐ ☐ Ataque del Corazon? Fecha y Donde? (Past heart attack) _____

☐ ☐ Angiografia coronaria? Fecha y Donde? (Past coronary angiogram) _____

☐ ☐ Prueba de esfuerzo? Fecha y Donde? (Past stress test) _____

☐ ☐ Ecocardiograma? Fecha y Donde? (Past echocardiogram) _____

☐ ☐ Accidente cerebral? Fecha y Donde? (Past stroke) _____

☐ ☐ Arterias obstruidas en las piernas o enfermedad vascular periferica?
(blocked arteries in the legs or peripheral vascular disease) _____

☐ ☐ Diabetes? (diabetes, year diagnosed) _____

☐ ☐ Alta presion arterial? (hypertension) _____

☐ ☐ Colseterol alto? (high cholesterol) _____

☐ ☐ Fuma usted actualmente? Cuantos paquetes por dia? (smoker) _____

☐ ☐ Si eres un ex-fumador? Cuando dejaste fumar?
(Are you a former smoke? If yes, what year did you start/quit?) _____

☐ ☐ Apnea obstructiva del sueno (obstructive sleep apnea? CPAP?) _____

☐ ☐ Enfermedad pulmonary? Lo que es? (Lung disease? What?) _____

☐ ☐ Enfermedad de higado? Lo que es? (Liver disease? What?) _____

☐ ☐ Enfermedad del riñon? Lo que es? (Kidney disease? What?) _____

☐ ☐ Enfermedad del tiroide? Lo que es? (Thyroid disease? What?) _____

☐ ☐ Problemas de sangrado? Lo que es? (Bleeding disorder? What?) _____

☐ ☐ El Cancer? (Cancer? What?) _____

☐ ☐ Otras enfermedades? (Other chronic illnesses? What?) _____

☐ ☐ Alergias a medicamentos (Drug allergies) _____

Cirugias:

Surgeries

Cual cirugia? *What surgery?*

Donde y Cuando? *When and where?*

La Historia Social

Social History

Cuanto alcohol bebe? _____

How much alcohol do you drink?

Usas drogas ilicitas? _____

Do you use illicit drugs?

Quien vive con usted en casa? _____

Who lives with you at home?

Esta retirado? _____

Are you retired?

Cual es su ocupacion actual o anterior? _____

What is your current or previous occupation?

Historia Familiar

Family History

Algun pariente de primer grado con un ataque del Corazon? _____

Any first degree relatives with heart attack?

Si es asi, quien y que edad? nào? _____

If yes, who and at what age?

Parientes murio repentinamente de una causa desconocida? _____

Any relatives died suddenly of an unknown cause?

Tiene familia con relacion a aneurisma aortico abdominal? _____

Any relatives with history of abdominal aortic aneurysm?

Revision de los Sistemas *Review of symptoms (active problems)*

Si
Yes

No
No

☐
☐

Fiebre (fever)

Si
Yes

No
No

☐
☐

Dolor orinando (painful urination)

☐
☐

Perdida de peso (weight loss)

☐
☐

A tenido accident cerebrovascular (stroke Sx)

☐
☐

Aumento de peso (weight gain)

☐
☐

Entumecimiento de un lado (1-sided numbness)

☐
☐

Nuevo dolor de cabeza (new headache)

☐
☐

Debilidad unilateral (1-sided weakness)

☐
☐

Nuevos cambios de la vision (new vision changes)

☐
☐

Dificultad para hablar (slurred speech)

☐
☐

La nariz sangrado (nose bleeding)

☐
☐

Dolor muscular (muscle pain)

☐
☐

Tos (coughing)

☐
☐

Dolor de huesos (bone pain)

☐
☐

Tos con sangre (bloody cough)

☐
☐

Dolor de articulacion (joint pain)

☐
☐

Sibilancias (wheezing)

☐
☐

Nuevos lesiones de piel (new skin lesions)

☐
☐

Dolor en el abdomen (abdominal pain)

☐
☐

Anemia (anemia)

☐
☐

Excrementos negro (black stools)

☐
☐

Problemas hormonales (hormonal prob)

☐
☐

Sangre en el excremento (bloody stools)

☐
☐

Ansiedad (anxiety)

☐
☐

Orina frecuente (frequent urination)

☐
☐

Phiền muộn (depression)