

## Historia clínica - Cardiología

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre preferido (sobrenombre): \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria /proveedor que deriva: \_\_\_\_\_

Lista de todos los médicos lo atienden (equipo de atención): \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta en el día de hoy: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzaron los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué desencadena los síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué hace mejorar los síntomas? \_\_\_\_\_

Califique su dolor 0-10 (0= sin dolor y 10=máximo dolor): \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento recibió para los síntomas? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** Haga una lista de todas las alergias a medicamentos o alimentos y de la reacción:

**ALERGIA**

**REACCIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS** Haga una lista de todos los medicamentos que usa actualmente (incluya los medicamentos de venta sin receta como por ejemplo, las vitaminas):

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

**DOSIS**

**FRECUENCIA DIARIA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SOLO PARA MUJERES:

Fecha del último mamograma: \_\_\_\_\_

Fecha del último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou (citología vaginal): \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR** Indique si alguno de sus familiares tiene alguno de los problemas médicos indicados a continuación y cuál es la relación que tiene con usted:

	Relación		Relación
<input type="checkbox"/> Fue adoptado		<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	
<input type="checkbox"/> Alcoholismo		<input type="checkbox"/> Hipertensión, presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico		<input type="checkbox"/> Historia de enfisema	
<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Problema hepático	
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación de la sangre		<input type="checkbox"/> Migraña	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva		<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica	
<input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)		<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar	
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda		<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/> Derrame cerebral, ACV o apoplejía	
<input type="checkbox"/> Historia familiar de cáncer		<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón, infarto		<input type="checkbox"/> Muerte súbita	

### HISTORIA SOCIAL

Empleo	Ocupación:	Empleador:
Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	
Número de hijos		
Dieta	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Sin gluten <input type="checkbox"/> Carbohidratos <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Para diabético	
Nivel de ejercicio físico	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso	
Uso de tabaco	¿Usa actualmente tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usó tabaco en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Durante cuánto tiempo? _____ Año en que dejó de usar tabaco: _____ <input type="checkbox"/> Cigarrillos-___/día <input type="checkbox"/> Mascar-___/día <input type="checkbox"/> Cigarros-___/día	
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso ¿Cuántos días durante el último año tuvo un consumo intenso de alcohol (más de 4 en el caso de las mujeres o de 5 en el caso de los hombres)? _____	
Consumo de cafeína	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso Número de tazas/latas por día _____	
Uso/abuso de drogas ilegales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de abuso de droga: _____ Años de uso de drogas ilegales: _____	
Directiva anticipada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Tenet Healthcare  
1445 Ross Avenue 1400 DALLAS, TX 75202-2703  
Office: (469) 893-2000 Fax:

**HISTORIAL QUIRÚRGICO** ¿Se ha sometido alguna vez a alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos?:

	Año		Año		Año
<input type="checkbox"/> Cardioversor-desfibrilador implantable		<input type="checkbox"/> Cistoscopia		<input type="checkbox"/> Marcapasos	
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal		<input type="checkbox"/> Implante de dispositivo		<input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador	
<input type="checkbox"/> Ablación		<input type="checkbox"/> Injerto endoluminal / reparación de aneurisma aórtico abdominal		<input type="checkbox"/> Angioplastia transluminal coronaria percutánea	
<input type="checkbox"/> Amputación		<input type="checkbox"/> Cirugía ocular		<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	
<input type="checkbox"/> Apendectomía		<input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula		<input type="checkbox"/> Reparación de pseudoaneurisma	
<input type="checkbox"/> Cirugía artroscópica		<input type="checkbox"/> Cirugía ginecológica		<input type="checkbox"/> Cirugía de columna	
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda		<input type="checkbox"/> Cirugía de cuello o de la cabeza		<input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides	
<input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica		<input type="checkbox"/> Cirugía del corazón		<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	
<input type="checkbox"/> Cirugía de la vejiga		<input type="checkbox"/> Trasplante de corazón		<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	
<input type="checkbox"/> Implantes mamarios o de senos		<input type="checkbox"/> Desfibrilador implantable		<input type="checkbox"/> Cirugía vascular	
<input type="checkbox"/> Cirugía mamaria		<input type="checkbox"/> Reparación de hernia inguinal		<input type="checkbox"/> Flebotomía o extirpación venosa	
<input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer		<input type="checkbox"/> Cirugía intestinal - colostomía		<input type="checkbox"/> Otras cirugías:	
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca		<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación			
<input type="checkbox"/> Cardioversión		<input type="checkbox"/> Cirugía de riñón			
<input type="checkbox"/> Endoarteriectomía carotídea		<input type="checkbox"/> Cirugía de pulmón			
<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas		<input type="checkbox"/> Neurocirugía			
<input type="checkbox"/> Cirugía del colon		<input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica			
<input type="checkbox"/> Implantación de endoprótesis /estent coronaria(o).		<input type="checkbox"/> Extirpación de ovarios			

*Si tiene cualquier otra condición médica o se sometió a cualquier otro procedimiento quirúrgico, informe al personal de enfermería.*

**HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR** ¿Le han dicho alguna vez que tuvo alguno de los siguientes trastornos o enfermedades? **Seleccione "Sí" si lo(la) tuvo en el pasado o lo(la) tiene ahora.**

	Sí	No		Sí	No
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación atrial o auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aleteo auricular o palpitación atrial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradycardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocardiopatía o cardiomiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad carótida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia venosa crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estenosis de la arteria renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriopatía coronaria o enfermedad de arteria coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral, ACV o apoplejía/ataque o accidente isquémico transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valvulopatía cardíaca, enfermedad valvular del corazón o enfermedad cardíaca valvular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas, várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro(a):		
Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Marque todo lo que corresponda:

### CONSTITUCIONAL

- Sí  No Fiebre  
 Sí  No Fatiga  
 Sí  No Debilidad  
 Sí  No Pérdida de peso  
 Sí  No Aumento de peso

### OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Sí  No Dificultad para oír  
 Sí  No Dolor de oídos  
 Sí  No Sangrado nasal frecuente  
 Sí  No Problemas de nariz/sinusales  
 Sí  No Ojos inyectados con sangre  
 Sí  No Deterioro de la visión  
 Sí  No Ardor en los ojos

### Cardiovascular

- Sí  No Dolor en el pecho  
 Sí  No Dolor en el brazo al esforzarse  
 Sí  No Palpitaciones  
 Sí  No Mareos  
 Sí  No Dolor en la mandíbula o en la pantorrilla  
 Sí  No Síncope  
 Sí  No Hinchazón de la pierna  
 Sí  No Dolor en la pierna /claudicación  
 Sí  No Várices o venas varicosas  
 Sí  No Extremidades frías

### RESPIRATORIO

- Sí  No Tos  
 Sí  No Sibilancia  
 Sí  No Dificultad para respirar  
 Sí  No Ronquido  
 Sí  No Tos con sangre  
 Sí  No EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

### GASTROINTESTINAL

- Sí  No Náuseas  
 Sí  No Estreñimiento  
 Sí  No Acidez  
 Sí  No Hinchazón abdominal  
 Sí  No Sangrado

### GENITOURINARIO

- Sí  No Dificultad para orinar  
 Sí  No Aumento en la frecuencia  
 Sí  No Sangre en al orina  
 Sí  No Incontinencia urinaria

### MUSCULOESQUELÉTICO

- Sí  No Dolores musculares  
 Sí  No Calambres musculares  
 Sí  No Dolor articular  
 Sí  No Dolor en la espalda

### PIEL

- Sí  No Erupciones  
 Sí  No Ampollas  
 Sí  No Irritación

### NEUROLÓGICO

- Sí  No Debilidad  
 Sí  No Adormecimiento  
 Sí  No Convulsiones  
 Sí  No Mareos  
 Sí  No Dolores de cabeza  
 Sí  No Fallos de memoria  
 Sí  No Pérdida del equilibrio o caídas  
 Sí  No Confusión

### SIQUIÁTRICO

- Sí  No Depresión  
 Sí  No Ansiedad  
 Sí  No Ataques de pánico  
 Sí  No Trastornos del sueño  
 Sí  No Pensamientos suicidas  
 Sí  No Alucinaciones

### ENDOCRINO

- Sí  No Cambios en el cabello  
 Sí  No Temblores  
 Sí  No Bocio

### HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO

- Sí  No Hematomas  
 Sí  No Anemia  
 Sí  No Hemorragias fáciles

### ALÉRGICO /INMUNOLÓGICO

- Sí  No Asma  
 Sí  No Eccema  
 Sí  No Alergias