

Cuestionario de antecedentes del paciente

(Complete todo)

Patient History Questionnaire

Office Use Only	
Date _____	
HT _____	WT _____
T _____	
HR _____	
RR _____	
BP _____	
Sat _____	

Nombre del paciente _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Médico _____

Cardiólogo _____

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____

Antecedentes médicos

Presión arterial alta _____ Sí _____ No

Diabetes _____ Sí _____ No

Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio _____ Sí _____ No

Antecedentes quirúrgicos

Enumere todas las cirugías previas _____

Enumere todos los medicamentos recetados y todos los medicamentos sin receta que está tomando ahora, incluyendo la dosis y la frecuencia con que los toma

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere las alergias que tenga

Antecedentes familiares

¿Alguien en su familia ha tenido una enfermedad cardíaca? _____ Sí _____ No

Si es así, cuál es su relación con él/ella _____

¿Alguien en su familia ha tenido una enfermedad pulmonar? _____ Sí _____ No

Si es así, cuál es su relación con él/ella _____

Antecedentes sociales

¿Está casado/a? _____ Sí _____ No _____ Divorciado/a _____ Viudo/a

Número de niños _____

¿Con quién vive? _____

¿Fuma? _____ Sí _____ No _____ N.º de paquetes al día

¿Ha dejado de fumar? _____ Sí _____ No _____ ¿Cuándo? _____

¿Bebe alcohol? _____ Sí _____ No _____ ¿Cuántas bebidas? _____

¿Está empleado? _____ Sí _____ No _____ Jubilado

Tipo de empleo _____

Otros problemas médicos

Problemas visuales	___ Sí	___ No
Fecha de la última visita dental	_____	_____
¿Necesita tratamiento dental?	___ Sí	___ No
Enfermedad pulmonar	___ Sí	___ No
Asma	___ Sí	___ No
Tuberculosis	___ Sí	___ No
Bronquitis	___ Sí	___ No
Tos con sangre	___ Sí	___ No
Enfermedad cardíaca	___ Sí	___ No
Ataque cardíaco	___ Sí	___ No
Despertarse con falta de aliento	___ Sí	___ No
¿Puede acostarse y dormir?	___ Sí	___ No
Problemas de ritmo	___ Sí	___ No
Soplo en el corazón	___ Sí	___ No
Fiebre reumática	___ Sí	___ No
Problemas estomacales	___ Sí	___ No
Úlcera estomacal	___ Sí	___ No
Reflujo gástrico (GERD)	___ Sí	___ No
Diverticulitis	___ Sí	___ No
Heces con sangre	___ Sí	___ No
Pólipos en el colon	___ Sí	___ No
Cáncer de colon	___ Sí	___ No
Problemas renales o en la vejiga	___ Sí	___ No
Cálculos renales	___ Sí	___ No
Infecciones recurrentes en vejiga	___ Sí	___ No
Insuficiencia renal	___ Sí	___ No
Diálisis	___ Sí	___ No
Problemas de próstata	___ Sí	___ No
Problemas hepáticos	___ Sí	___ No
Ictericia	___ Sí	___ No
Problemas de sangrado	___ Sí	___ No
Trastornos Hemorrágicos	___ Sí	___ No
Transfusión de sangre	___ Sí	___ No
Artritis	___ Sí	___ No
Gota	___ Sí	___ No
Cáncer	___ Sí	___ No

En caso afirmativo, localización y tratamiento _____

Convulsiones	___ Sí	___ No
Desmayos	___ Sí	___ No
Sarpullidos en la piel	___ Sí	___ No
Previa operación de varices en la pierna	___ Sí	___ No
Otros problemas médicos	_____	_____
