

Nombre de la Farmacia y número de teléfono: _____

Motivos de su visita de hoy:

Si alguna vez tuvo alguno de los problemas detallados a continuación, por favor haga la aclaración correspondiente.

| Problema | Aclaración |
|---|------------|
| GENERAL (fatiga, cambios de peso) | |
| INTEGUMENTO (Piel) | |
| OJOS (Ojos incluyendo glaucoma) | |
| HEENT Examen de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta | |
| RESPIRATORIO (Pulmones o respiración) | |
| GASTROINTESTINAL (Estómago o intestinos) | |
| GENITOURINARIO MASCULINO (Próstata, riñón, vejiga) | |
| GENITOURINARIO FEMENINO (Riñón, vejiga, útero, ovarios) | |
| OSTEOARTROMUSCULAR (Huesos, articulaciones, músculos) | |
| NEUROLÓGICO (accidente cerebro vascular, convulsiones, daños nerviosos) | |
| PSIQUIÁTRICO (Emocional, drogas, alcohol) | |
| ENDÓCRINO (Tiroides, adrenales, diabetes) | |
| HEMATOLÓGICO / INMUNOLÓGICO (Sangre, hematomas, sistema inmunológico) | |

Historial del corazón y los vasos sanguíneos (historial cardíaco)

Haga una lista de todos los procedimientos y problemas importantes referidos a su corazón y sus vasos sanguíneos (vascular). Estos deberán incluir ataques cardíacos, accidentes cerebro vasculares, cateterismos, angioplastias/procedimientos con balón, stents y operaciones de corazón y de vasos sanguíneos.

| Problema/Procedimiento | Fecha |
|------------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Antecedentes Quirúrgicos

¿Ha tenido usted alguna de las siguientes cirugías?:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin cirugías anteriores | <input type="checkbox"/> Cataratas (derecho/izquierdo/ambos) | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de aneurisma abdominal | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Próstata |
| <input type="checkbox"/> Apéndice | <input type="checkbox"/> Colicestomía (vesícula) | <input type="checkbox"/> Esplenectomía (extracción del bazo) |
| <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla (derecha/izq/ambas) | <input type="checkbox"/> Grapado gástrico | <input type="checkbox"/> Hombro (derecho/izquierdo/ambos) |
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalas/Adenoides |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mamaria-cosmética (derecha/izq/ambas) | <input type="checkbox"/> Cirugía de hernia | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mamas | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera (derecha/izquierda/ambas) | <input type="checkbox"/> Resección transuretral de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mamaria-lumpectomía (der/izq/ambas) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla (derecha/izquierda/ambas) | <input type="checkbox"/> Cirugía de úlcera |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mamaria-mastectomía (der/izq/ambas) | <input type="checkbox"/> Laminectomía (cirugía de espalda) | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de carótida (art. del cuello)(der/izq/ambas) | <input type="checkbox"/> Lobectomía (cirugía de pulmón) (derecho/izquierdo) | <input type="checkbox"/> Fleboextracción (derecha/izquierda/ambas) |

Otras operaciones _____ Otras Operaciones _____
 Otras operaciones _____ Otras Operaciones _____
 Otras operaciones _____ Otras Operaciones _____

Historia Social (Marque todo lo que corresponda)

Yo soy soltero(a)/no casado(a) separado(a) divorciado(a) viudo(a) casado(a) desde _____ (año)

Vivo con mi cónyuge mi(s)hijo(s) solo(a) otros _____

Trabajo estoy retirado(a). Mi trabajo es/era _____

No bebo alcohol Bebo (número) _____ tragos de cerveza vino diferentes tragos

Cada día semana mes

Bebo (número) _____ tragos de café te bebida cola cada día

Historia familiar

Tengo _____ (número) hermanas, _____ (número) hermanos, y _____ (número) hijos.

| Miembro de la Familia | Vivo o fallecido | Edad o edad al morir | Problemas médicos o Causas de la muerte | Enfermedad coronaria (Sí/No) Si es sí, edad a la que se descubrió |
|-----------------------|--|----------------------|---|--|
| Padre | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Madre | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Hermano | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Hermano | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Hermana | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Hermana | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Hijos | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Abuelos | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Otros | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |
| Otros | <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edad: _____ |

Factores de riesgo cardíaco (Marque todo lo que se aplique a usted).

¿Ha fumado alguna vez cigarrillos, cigarros o una pipa? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿durante cuántos años fumó? _____ Número de atados por día _____

Deje de fumar (fecha en que dejó de fumar: _____)

Aún fumo cigarrillos pipa cigarros

¿Le han dicho alguna vez que usted tiene colesterol elevado o triglicéridos elevados? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué año le comunicaron por primera vez que usted tenía este problema? _____

Fecha del último examen de colesterol _____

Resultados si se conocen:

Colesterol total _____ LDL _____ HDL _____ triglicéridos _____

¿Le han dicho alguna vez que usted tiene presión alta? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué año le comunicaron por primera vez que usted tenía presión alta? _____

¿Le han dicho alguna vez que usted tiene diabetes o un alto nivel de azúcar en sangre? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué año le comunicaron por primera vez que usted tenía diabetes o un alto nivel de azúcar en sangre?

Tratado solamente con dieta Tratado con pastillas Tratado con insulina Tratado con insulina y pastillas

Información adicional

Por favor indique a continuación cualquier otra información que no haya sido cubierta por el cuestionario y que usted piense que es importante para su cuidado cardíaco o que a usted le gustaría discutir con su doctor o hacerle notar a su doctor.

He revisado las declaraciones anteriores y según mi mejor saber y entender la información suministrada es una correcta representación de mi historia médica.

Firmado

Fecha

Por favor complete el cuestionario y envíelo por fax al (407)650-1307 ó entréguelo en el Orlando Heart Center en su próxima cita. Una enfermera de guardia se pondrá en contacto con usted aproximadamente 2 días antes de su cita para revisar este cuestionario con usted.