

FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Heart Consultants, LLC

**HISTORIA MEDICA DEL PASADO:**

Fiebre Reumática  Fiebre escarlata  Murmullo  Presion Alta  Diabetes  Cholesterol alto/ malo  
 Enfermedad Pulmunar/Asma  Enfisema/COPD  Apoplejía  Problemas de desangre  Epilepsia  
 Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

Operaciones en el pasado \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**  Presion alta  Diabetes  Colesterol Alto  Problemas coronario

Infarto  Angina  Operacion de Bypass  Muerte repentina  insuficiencia cardíaca  
 Apoplejía/ derrame cerebral  Epilepsia/ ataques  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno

**HISTORIA SOCIAL:**  Casado  Soltero  Divorciado  Vuido

Occupacion: \_\_\_\_\_

**Hace algo del lo siguiente?**

1. Fuma:  No  Si, cuantos al dia? \_\_\_\_\_  
Ha fumado en el pasado?  No  Si cuantos paquetes al dia? \_\_\_\_\_
2. Toma cafe/Sodas/Te:  No  Si cuantos vasos al dia? \_\_\_\_\_  
En el pasado?  No  Si cuantos vasos al dia? \_\_\_\_\_
3. Toma Alchol? :  No  Si, cuantas veces al la semana \_\_\_ y cuantos vasos \_\_\_?
4. En el pasado?  No  Si, cuantas veces al la semana \_\_\_ y cuantos vasos \_\_\_?
5. Usa drogas ilegales:  No  Si, cual droga? \_\_\_\_\_  
Ha en el pasado?  No  Si, cual droga? \_\_\_\_\_

**SELECCIONE TODOS LOS QUE APPLIQUE**

**REVISION DE SYSTEMAS:**

1.  Perdida de oido  Cambios de vista  Cambios en sabor  Cambios en olfato  Ninguno
2. A sentido algunos de estos problemas?  Escalo frio  Fiebre  Sudor  
 Reciente subida/bajada de peso  Ninguno
3.  Tos  Esputo  Toser sangre  Respiro sibilante  Ninguno
4.  Vomitar sangre  Dificultad o dolor en enguerir  Sangre en heces  
 Heces negra  Diarrea cronica  Ninguno
5.  Problemas urinarias  Erecion Disfuncional  Periodo abnormales  
 Desangre abnormal  Ninguno
6.  Arthritis  Reumatico  Enfermedad de discos espinal  
 Musculos dolorosos  Dolor en las conyunturas  Ninguno
7.  Sangra facilmente  Moretones  Ninguno
8.  Manos/ pies calientes/ frias  Problemas de balance  Debilidad  Ninguno
9.  Linfatico doloros or inchados  Ninguno
10.  Heridas que no curan faciliment  Ninguna
11.  Ansiedad  Depression  Ninguna
12.  Dificultad en dormir  Sueño en las mañanas  Apnea del sueño  Ronquido fuerte  
 Niguno
13. Otro: \_\_\_\_\_