

HISTORIA DEL PACIENTE – CARDIOLOGIA / CARDIOVASCULAR

HISTORIA: REVISION DE SISTEMAS-TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y/O SINTOMAS?

POR FAVOR MARQUE (X) SI USTED TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE APLICADO A SU ESTADO <u>ACTUAL</u> , EN EL <u>PASADO</u> O <u>NUNCA</u>					
SALUD GENERAL	ACTUALMENTE	EN EL PASADO	NUNCA	ENLISTE OTROS SINTOMAS O SIGNOS RELACIONADOS	
Apetito Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perdida o Ganancia de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fiebre(mas de 5 dias de duraci3n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Letarguia (cansancio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatiga Extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OJOS					
Cambios en la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y BOCA					
Zumbidos en los oidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de sinusitis o inflamacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En la garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PERIFERICO/CARDIOVASCULAR					
Dolor de pecho o malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ritmos cardiacos o irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cambio de color en labios o lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hinchazon alrededor de los ojos, manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RESPIRATORIO					
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dificultad para respirar durante el Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Respiracion dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Respiracion rapida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GASTROINTESTINAL					
Dolores Abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausea o Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor en la boca del estomago o reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
URINARIO					
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUSCULOESQUELETICO					
Dolor/debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor de huesos/ dolores/ debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hinchazon en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolor en las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PIEL/PECHO					
Bultos/masas or sarpullido/llagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
NEUROLOGICO					
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Olvidos o confusion mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amortiguamiento/adormecimiento De las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PIYCHIATRICO					
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ansiedad / Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ENDOCRINO					
Sudor Excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HEMATOLOGICO / LINFATICO					
Moretones Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nodulos Linfaticos Inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

NURSE NOTES:

HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA

Drogas con o sin prescripción Medica - Nombre/Dosis / Frecuencia		Alergias a Medicamentos o alimentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sabe	
*		Enliste Medicamentos o Medicamentos:	
*		*	
Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo	Fecha	Cirugias/Hospitalizaciones – Motivo	Fecha

HISTORIA MEDICA Y FAMILIAR

POR FAVOR INDIQUE SI USTED O UN FAMILIAR - (M) =MADRE / (P) =PADRE / (H) =SIBLING / (A) =ABUELOS – HA SIDO AFECTADO (A) POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES

Condicion	Paciente	Familiares	Condition	Paciente	Familiares
Anemia			Colesterol o Triglicéridos altos		
Tapon de sangre o desorden de sangrado			Enfermedad de Kawasaki		
Enfermedad congénita del Corazón (Nacido con)			Prolapso de Valvula Mitral		
Sordo de Nacimiento (Neuronal)			Fiebre Reumática		
Diabetes - <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			Derrame Cerebral o Mini derrames cerebrales (strokes)		
Soplo del Corazón			Muerte súbita sin explicación en niñez o juventud		
Ataque Cardíaco			Problemas de Tiroides		
Presión Alta			Otra Enfermedad Cardio-Vascular		

Nombre del Paciente:
Fecha:
Página 2 de 2