

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 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"/>	
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"/>	
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"/>	
PSIQUIATRICO				
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 Trigliceridos altos		
Tapon de sangre o desorden de sangrado			Enfermedad de Kawasaki		
Enfermedad congenital del Corazon (Nacido con)			Prolapso de Valvula Mitral		
Sordo de Nacimiento (Neuronal)			Fiebre Reumatica		
Diabetes - <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II			Derrame Cerebral o Mini derrames cerebrales (strokes)		
Soplo del Corazón			Muerte subita sin explicacion en niñez o juventud		
Ataque Cardiaco			Problemas de Tiroides		
Presion Alta			Otra Enfermedad Cardio-Vascular		

Nombre del Paciente:

Fecha:

Pagina 2 de 2