

Nombre / Name: _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____

NRO. DE MR / MR#: _____ Sexo / Sex: _____

¿Cuál es el nombre del médico que lo remitió a nosotros? / What is the name of the doctor who referred you to us? _____

Nombre de su médico de familia / Name of your family MD _____

¿POR QUÉ HA VENIDO a ver a un cardiólogo (médico del corazón)? _____
WHY ARE YOU HERE to see a Cardiology heart doctor? _____

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR SOLAMENTE EL LADO IZQUIERDO DEL FORMULARIO
PATIENT TO COMPLETE LEFT SIDE OF FORM ONLY

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO / DOCTOR TO FILL OUT

Marcar X en cualquier PROBLEMA o SÍNTOMA DEL CORAZÓN: / Mark X on any HEART PROBLEMS or SYMPTOMS:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho o presión
<i>Chest pains or pressure</i> | <input type="checkbox"/> Ritmo anormal arritmias
<i>Abnormal rhythm arrhythmias</i> | <input type="checkbox"/> Mareos / Dizziness |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho o presión
<i>Chest pains or pressure</i> | <input type="checkbox"/> Palpitaciones/latido irregular del corazón
<i>Palpitations/Irregular heart beat</i> | <input type="checkbox"/> Desmayos / Fainting |
| <input type="checkbox"/> Infarto / Heart attack | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco / Heart murmur | <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas al caminar
<i>Leg cramps when you walk</i> |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
<i>Heart failure</i> | <input type="checkbox"/> Labios o uñas azulados
<i>Blue lips or fingernails</i> | <input type="checkbox"/> Piernas hinchadas
<i>Swollen legs</i> |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento del corazón
<i>Enlarged heart</i> | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<i>Shortness of breath</i> | |

Historial cardíaco / Cardiac Hx

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria / CAD | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva /Cardiomiopatía / CHF/CM |
| <input type="checkbox"/> Arritmia / Arrhythmia | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica / PVD |
| <input type="checkbox"/> Válvula congénita
<i>Valve Congen</i> | <input type="checkbox"/> Otros / Other |

¿Ha tenido alguna vez los siguientes trastornos? / Have you ever had -

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | Sobrepeso / Overweight | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No |
| Presión arterial alta
<i>High blood pressure</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | Accidente cerebrovascular
<i>Stroke</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad cardíaca
<i>Heart disease</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | TOTAL / TOTAL _____ LDL / LDL _____ HDL / Trig _____ Trig. / HDL _____ | |
| Colesterol alto
<i>High Cholesterol</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| Triglicéridos elevados
<i>High triglycerides</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Alguna vez fumó?
<i>Have you ever smoked?</i> | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No | Año en que lo dejó / Year Quit _____
Paquetes/día / Packs/day _____
Por cuánto tiempo / How long _____ | |

Algún familiar cercano ha tenido: / Has a close family member had:

- | | |
|-----------------------------|---|
| ¿Infarto? / A heart attack? | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No |
| ¿Angina de pecho? / Angina? | <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No |

Madre / Mother
Padre / Father
Hermano / Sibling

Edad a la que se produjo
Age Occurred

Causa De Muerte
Cause of Death

Antecedentes de la enfermedad actual / HPI

Comenzó / Onset _____

Frecuencia / Frequency: _____

¿Cirugía de bypass? / Bypass surgery? Sí / Yes No _____

¿Cirugía de la carótida? / Carotid surgery? Sí / Yes No _____

¿Cirugía de las arterias de las piernas? / Surgery of leg arteries? Sí / Yes No _____

Ubicación / Location: _____

Marque con una X si alguna vez ha recibido alguno de los siguientes PROCEDIMIENTOS: Indicar año aproximado del procedimiento / Mark X if you have ever had any of the following PROCEDURES: Indicate approximate year of the procedure

- Prueba de estrés / Stress test _____
- Cirugía de derivación (bypass) de la arteria coronaria / Coronary bypass surgery _____
- Cirugía de válvula / Valve surgery _____
- Electrocardiograma / Electrocardiogram _____
- Estudio o procedimiento electrofisiológico / Electrophysiology Study or Procedure _____
- Cateterismo cardíaco/Cateterización del corazón _____
Cardiac catheterization / Heart catheterization
- Marcapasos o desfibrilador / Pacemaker or Defibrillator _____
- Angioplastia coronaria con balón aterectomía/estent _____
Coronary Angioplasty balloon arthrectomy / stent

Factores de riesgo / Risk Fx

Por favor listar todas las enfermedades para las cuales está recibiendo tratamiento actualmente o para las que haya sido tratado en el pasado. Por favor, incluir la fecha o el año / Please list all illnesses you are being treated for now or have you been treated for. Please include date or year

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____ 6. _____

Por favor indicar todas las lesiones o cirugías que haya tenido. Por favor, incluir la fecha o el año / Please list all injuries or surgeries you have had. Please include date or year

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____ 6. _____

Antecedentes médicos / PMH

Nombre: / Name: ____ Fecha de nacimiento: / DOB: __ Fecha visto: / Date Seen: ____

Antecedentes sociales: / Social History:

ESTADO CIVIL: / MARITAL STATUS:

- Soltero/a / Single
 Casado/a / Married
 Separado/a / Separated
 Divorciado/a / Divorced
 Viudo/a / Widowed

Nombre del cónyuge / Spouse name _____

¿HIJOS? / CHILDREN: Sí / Yes No

Núm. de hijos / of Sons _____ Núm. de hijas / of Daughters _____

OCUPACIÓN: / OCCUPATION: _____

- DIETA: / DIET:**
 Habitual / Regular
 Sin sal / No Added Salt
 Baja en sal / Low Salt
 Bajo en grasa/colesterol / Low Fat / Chol
 Diabético / Diabetic
 Otras / Other: _____

CONSUMO DE ALCOHOL / ALCOHOL USE:
 Sí / Yes No
 Antiguamente / Former
 Año en que dejó de fumar / Year Quit _____

- Rara vez
 Frecuentemente / Frequently
 Socialmente / Socially
 De vez en cuando / Occasionally
 Todos los días / Daily

- EJERCICIO / EXERCISE:**
 Sedentario / Sedentary
 De vez en cuando / Occasionally
 Regularmente / Regularly
 Estilo de vida activo / Active Lifestyle
 Físicamente incapaz / Physically Unable

**EL PACIENTE DEBE COMPLETAR SOLAMENTE EL LADO IZQUIERDO DEL FORMULARIO
PATIENT TO COMPLETE LEFT SIDE OF FORM ONLY**

Por favor, indíquenos los nombres y las dosis o concentración de sus medicamentos, y cuántas veces las toma al día. Use la columna del médico si fuese necesario. / Please tell us about your medicines names, dose or strength, how many times a day Include over the counter medications and herbal medicines. Use doctor's column if necessary.

**PARA SER LLENADO POR EL
MÉDICO / DOCTOR TO FILL
OUT**

Antecedentes sociales
Antecedentes familiares / Social Hx
Family Hx

Medicamentos / Medications

NOMBRE COMPLETO / Name		Dosis / Dose	Frecuencia / Frequency
1.	ASPIRINA / ASPIRIN <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No	81mg <input type="checkbox"/> 325mg <input type="checkbox"/>	Con recubrimiento entérico Enteric Coated <input type="checkbox"/> Sí / YES <input type="checkbox"/> NO
2.			
3.			
4.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Medicamentos de venta libre/hierbas Over the Counter Medications / Herbs			
1.			
2.			
3.			

Alergias / Allergies:

¿Sufre usted de alguna **ALERGIA A MEDICAMENTOS**? / *Do you have any DRUG ALLERGIES?* Sí / Yes No
Si sí, indíquelas a continuación / *Yes No If yes, list them below*

¿Es alérgico(a) al YODO, los camarones o los mariscos? Sí / Yes No
Are you allergic to IODINE, shrimp or shellfish?

¿Alguna vez ha tenido una reacción a los medios de contraste? p. ej., mielografía, series de riñón, tomografía (CAT)
Have you ever had a reaction to contrast dye? e.g. Myelogram, Kidney Series, CAT Scan Sí / Yes No

¿Ha recibido las siguientes vacunas? / *Have you had the following vaccinations?*

- Influenza (vacuna contra la gripe) / *Influenza "Flu Shot"* Anualmente / *Annually*
- Neumocócica (vacuna contra la neumonía) / *Pneumococcal "Pneumonia" vaccine*

Alergias / Allergies**Vacunas / Vaccinations**

Fecha / Date: _____

Nombre: / Name: _____

Fecha de nacimiento: / Date of Birth: _____

Por favor, **dibuje un círculo** alrededor de cualquiera de los siguientes síntomas que usted sufra: / *Please circle if you have any of the following symptoms:*

CONSTITUCIÓN <i>CONSTITUTION</i>	OJOS / EYES	GASTROINTESTINAL / <i>GASTROINTESTINAL</i>	ENDO/HEMA/ALERGIA / <i>ENDO/HEME/ALLERGY</i>
Fiebre / <i>Fever</i>	Visión borrosa <i>Blurred Vision</i>	Acidez estomacal <i>Heartburn</i>	Formación de hematomas con facilidad / <i>Easy Bruising</i>
Escalofríos / <i>Chills</i>	Visión doble <i>Double Vision</i>	Náuseas / <i>Nausea</i>	Alergias / <i>Allergies</i>
Pérdida de peso <i>Weight Loss</i>	Sensibilidad a la luz <i>Sensitive to Light</i>	Vómitos / <i>Vomiting</i>	Sed excesiva <i>Excessive Thirst</i>
Fatiga / <i>Fatigue</i>	Dolor en los ojos <i>Eye Pain</i>	Dolor abdominal <i>Abdominal Pain</i>	NEUROLÓGICO <i>NEUROLOGICAL</i>
Sudoración/transpiración <i>Sweating/Perspiration</i>	Secreción de los ojos <i>Eye Discharge</i>	Diarrea / <i>Diarrhea</i>	Mareos / <i>Dizziness</i>
Debilidad / <i>Weakness</i>	Enrojecimiento de los ojos / <i>Eye Redness</i>	Constipación / <i>Constipation</i>	Hormigueo / <i>Tingling</i>
PIEL / SKIN	CARDIOVASCULAR / <i>CARDIOVASCULAR</i>	Sangre en las heces <i>Blood in Stool</i>	Temblor / <i>Tremor</i>
Sarpullido / <i>Rash</i>	Dolor de pecho <i>Chest Pain</i>	Deposiciones de color negro / <i>Black Stool</i>	Cambios sensoriales <i>Sensory Change</i>
Comezón / <i>Itching</i>	Palpitaciones/aleteo / <i>Palpitations/Flutter</i>	GENITOURINARIO <i>GENITOURINARY</i>	Cambios en el habla <i>Speech Change</i>
Cabeza, oídos, nariz y garganta / HENT	Dificultad para respirar acostado / <i>Shortness of breath lying down</i>	Micción dolorosa <i>Painful Urination</i>	Debilidad focal <i>Focal Weakness</i>
Dolores de cabeza <i>Headaches</i>	Calambres en las piernas / <i>Leg Cramps</i>	Urgencia para orinar <i>Urgency</i>	Convulsiones / <i>Seizures</i>
Pérdida de la audición <i>Hearing Loss</i>	Hinchazón en las piernas / <i>Leg Swelling</i>	Micción frecuente <i>Urinary Frequency</i>	Pérdida de conciencia <i>Loss of Consciousness</i>
Zumbido en los oídos <i>Ringling in Ears</i>	Despertarse del sueño con dificultad para respirar / <i>Waking from Sleep Short of Breath</i>	Sangre en la orina <i>Blood in Urine</i>	PSIQUIÁTRICO <i>PSYCHIATRIC</i>

Dolor de oído / <i>Ear Pain</i>	RESPIRATORIO <i>RESPIRATORY</i>	Dolor en el flanco <i>Flank Pain</i>	Depresión / <i>Depression</i>
Secreción del oído <i>Ear Discharge</i>	Tos / <i>Cough</i>	MUSCULOESQUELÉTICO <i>MUSCULOSKELETAL</i>	Ideas suicidas <i>Suicidal Ideas</i>
Hemorragia nasal <i>Nosebleeds</i>	Tos con sangre <i>Coughing up Blood</i>	Dolor muscular <i>Muscle Pain</i>	Abuso de sustancias <i>Substance Abuse</i>
Congestión / <i>Congestion</i>	Producción de esputo / <i>Sputum Production</i>	Dolor de cuello <i>Neck Pain</i>	Alucinaciones <i>Hallucinations</i>
Dolor de garganta <i>Sore Throat</i>	Dificultad para respirar / <i>Short of Breath</i>	Dolor de espalda <i>Back Pain</i>	Nerviosismo/ansiedad <i>Nervous/Anxious</i>
	Sibilancias / <i>Wheezing</i>	Dolor en las articulaciones <i>Joint Pain</i>	Insomnio / <i>Insomnia</i>
		Caídas / <i>Falls</i>	Pérdida de memoria / <i>Memory Loss</i>