

Memorial Hermann Medical Group

Historia clínica de paciente nuevo - Cardiología

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria _____

Médico que deriva (si es otro): _____

Motivo de su visita: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____

¿Toma aspirina diariamente? Sí No A veces

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: MARQUE CON UNA (X) TODA AFECCIÓN QUE SUS FAMILIARES SUFRAN

ENFERMEDAD	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	HIJO/A	OTROS
Aneurisma						
Ritmo cardíaco anormal						
Sangrado/trastorno de coagulación						
Cáncer (parte del cuerpo)						
Diabetes						
Ataque cardíaco (hombre menor de 55)						
Ataque cardíaco (mujer menor de 65)						
Enfermedad cardíaca						
Hipertensión						
Colesterol elevado						
Accidente cerebrovascular						
Muerte súbita (cardíaca)						
Enfermedad de la tiroides						

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES: MARQUE TODA AFECCIÓN QUE SUFRA

Marque toda afección que sufra.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (paro cardíaco) | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco anormal | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sangrado/trastorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Valvulopatía (descripción): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Enfermedad venosa |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

**MEMORIAL
HERMANN**

**MHMG New Patient Medical
History - Cardiology**



Memorial Hermann Medical Group

Historia clínica de paciente nuevo - Cardiología

HISTORIAL DE PROCEDIMIENTOS: INDIQUE LA FECHA DE TODO PROCEDIMIENTO AL QUE SE HAYA SOMETIDO

Reparación de aneurisma _____ Marcapasos _____

Baipás coronario (CABG)(N.º de implantes) _____ Stents colocados (cuántos): _____

Cirugía de la arteria carótida _____ Prueba de esfuerzo _____

Desfibrilador _____ Cirugía de válvula (qué válvula): _____

Ecocardiograma _____ Cirugía de vena _____

Cateterismo cardíaco _____ Otros _____

HISTORIA SOCIAL

Consumo de tabaco: Consumidor todos los días Consumidor algunos días Ex consumidor Nunca

Escriba (si corresponde): _____

Exposición al tabaco: Ninguna En el trabajo En casa

Si es fumador o ex fumador, ¿ha fumado en el último año? Sí No

Consumo de alcohol: * El año pasado, ¿cuán seguido bebió un trago con alcohol?

Nunca Una vez al mes o menos 2 a 4 veces al mes
 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

* El año pasado, ¿cuántos tragos tomaba en un día típico cuando bebía?

1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

* El año pasado, ¿cuán seguido bebió 6 o más tragos en una misma ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes
 Cada semana Cada día o casi cada día

* Tipo de alcohol: Cerveza Vino Licor

Consumo de sustancias: Consumidor Ex consumidor Nunca

Escriba (si corresponde): _____

Ejercicio: No realizo actividad Ejercicio suave Ejercicio moderado Ejercicio de gran intensidad

Si realiza ejercicio, ¿cuántas veces a la semana? _____

Si realiza ejercicio, ¿cuántos minutos por sesión? _____

Ocupación: _____ Estudiante Jubilado Desempleado

HISTORIA OBSTÉTRICA

¿Alguna vez ha estado embarazada? N/A No Sí

Si la respuesta es afirmativa, mencione las complicaciones aquí: _____

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Ha recibido las siguientes vacunas (inmunizaciones)?

Sí (Fecha)

No

COVID		
-------	--	--

**MEMORIAL
HERMANN**

**MHMG New Patient Medical
History - Cardiology**



Memorial Hermann Medical Group

Historia clínica de paciente nuevo - Cardiología

MEDICAMENTOS

No tomo ningún medicamento.

Traje una lista de mis medicamentos de mi casa. [No necesita escribir sus medicamentos si trajo una lista completa].

Haga una lista de todos los medicamentos antes de la evaluación. Incluya los medicamentos de venta libre, alternativos, naturales y con receta médica.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	NÚMERO DE PÍLDORAS QUE TOMA A LA VEZ	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	MÉDICO QUE EMITE LAS RECETAS MÉDICAS	¿LOS CONSUME SEGÚN LAS INDICACIONES?
Ejemplo: <i>Tylenol</i>	<i>100 mg</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>Dr. Smith</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Farmacia local: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de envío de medicamentos por correo: _____ Número de teléfono: _____

ALERGIAS

No tiene alergias conocidas

A MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/ALÉRGENOS AMBIENTALES	REACCIÓN	GRAVEDAD
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
		<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

**MEMORIAL
HERMANN**

**MHMG New Patient Medical
History - Cardiology**



Memorial Hermann Medical Group
Historia clínica de paciente nuevo - Cardiología

REVISIÓN DE SISTEMAS

Cardiovascular:

- Dolor, presión y pesadez torácica
- Mareos/desmayos
- Dolor de pierna al caminar
- Palpitaciones/ritmo cardíaco irregular
- Dificultad para respirar
- Inflamación de piernas/tobillos

General:

- Fiebre
- Pérdida de apetito
- Aumento/pérdida de peso

Respiratoria:

- Tos
- Respiración sibilante
- Tos con sangre

Musculoesquelético:

- Dolor de articulaciones
- Inflamación de articulaciones

Neurológico:

- Adormecimiento
- Pérdida de equilibrio
- Debilidad
- Parálisis

Visión:

- Cataratas
- Glaucoma
- Problemas de la visión

Digestivo:

- Náuseas/vómitos
- Diarrea/estreñimiento
- Acidez/úlceras/dolor

Dermatológico:

- Erupciones/llagas en la piel
- Comezón

Psiquiátrico:

- Ansiedad
- Depresión

He completado lo anterior según mi conocimiento.

Firma del paciente/Tutor

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

a.m.
 p.m.

MEMORIAL
HERMANN

MHMG New Patient Medical
History - Cardiology

