



DR. STACY SMITH-CARDIÓLOGA

10524 E HWY 92 PALOMINAS, AZ 85615

OFICINA: (520) 366-0300 FAX: (520) 366-0440

Nombre del paciente: _____ Fecha de visita: _____
Primero Ultimo MI

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Médico de referencia: _____ Médico de atención primaria: _____

Motivo de la visita (síntomas actuales hoy): ¿Hospitalización _____
reciente? En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Nombre de la farmacia local: _____ Ciudad: _____ Tel: _____ Pedido por correo

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Directivas avanzadas: Ninguna POA Testamento vital Apoderado de atención médica

Usas Tabaco: Actual Anterior Nunca Si es anterior, edad para dejar de fumar: _____

En caso afirmativo, escriba: Masticación cigarrillos Tubo Sin humo

Paquetes/día _____ Años de uso _____ Exposición pasiva al humo: No Sí

¿Está interesado en la información para dejar de fumar? Sí No

¿Alguna vez le han diagnosticado o está tomando medicamentos para las siguientes condiciones:

Diabetes: Sí No Desconocido En caso afirmativo, escriba: Tipo 1 (juvenil) Tipo 2 (inicio en adultos) Año diagnosticado _____

Colesterol alto: Sí No Desconocido

En caso afirmativo, escriba: Colesterol triglicéridos Colesterol + Triglicéridos Síndrome de HDL bajo

Alta presión sanguínea: Sí No Desconocido Año diagnosticado _____

Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca (CAD) antes de los 55 años: Sí No Desconocido Adoptado (Desconocido)

Enfermedad vascular periférica (mala circulación en las piernas): Sí No Desconocido

Revisión de los síntomas: Marque solo los problemas que está experimentando actualmente						
	SN		SN		SN	
Cardíaco:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Dolor en el pecho (presión)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diaforesis (excesiva transpiración)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ortopnea (problema respirar acostado)
Cardíaco:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Palpitaciones (aleteo)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	síncope (pérdida de conciencia)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	PND (dificultad para respirar por la noche)
Vascular:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Claudicación (dolor en las piernas)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Edema (hinchazón)		
Constitucional:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Aumento de peso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pérdida de peso	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fiebre
ENTONCES:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cambios Visuales	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pérdida de la audición		
Respiratorio:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ronquidos	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hemoptisis (tos con sangre)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Disnea (falta de aliento)
Gastrointestinal:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Náuseas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Reflujo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sangrado
Genitourinario:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hematuria (sangre en orina)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nocturia (micción nocturna)		
Neurología:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mareo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pérdida de memoria	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	convulsiones
Psiquiátrico:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Depresión	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	alucinaciones		
hematológico:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	anemia aguda	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Trombocitopenia (baja recuento de plaquetas)		
Endocrino:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bocio (agrandamiento tiroides)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temblores		
Derma (Piel):	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Sarpullido	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	llagas en la piel		
Musculoesquelético:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mialgia (dolor muscular)		

Historia médica pasada – Coloque una marca de verificación en la casilla para las condiciones que se aplican:

Respiratorio: EPOC Embolia pulmonar Hipertensión pulmonar Apnea del sueño Otro: _____

Renal: Enfermedad renal en etapa terminal Estenosis de la arteria renal Insuficiencia renal Otro: _____

Endocrino: Hipertiroidismo hipotiroidismo Obesidad Otro: _____

Oncología: Cáncer de mama Cáncer de piel Cáncer de pulmón Cáncer de próstata Otro: _____

Quimioterapia Radiación Otro: _____

Cardíaco: Arritmias Insuficiencia cardíaca congestiva CANALLA Ataque al corazón (MI) Enfermedad cardíaca valvular

CABG (derivación) stent coronario CIE Marcapasos PTCA (angioplastia) Otro: _____

Vascular: Aneurisma Abdominal Enfermedad arterial periférica Enfermedad carotídea TVP Aneurisma torácico

Venas varicosas Amputación Reparación de aneurismas pelado de venas Otro: _____

Enumere cualquier otra condición médica: _____

Indique otras cirugías: _____

Historia familiar -Marque las condiciones que se aplican Sin antecedentes familiares relevantes Desconocido - Adoptado

	Actual Años	Años a Muerte	Corazón Ataque	Arritmia	Corazón Falla	Aneurisma	Carrera	Alto Sangre Presión	Alto Colesterol	Diabetes	Pulmón Enfermedad	Renal Enfermedad	Cáncer
Madre													
Padre													
Otro													

Otros antecedentes familiares pertinentes: _____

¿Consumes alcohol?: Sí No Anterior **En caso afirmativo, qué tipo:** Cerveza Vino Espiritu Variedad

En caso afirmativo, frecuencia: Diariamente Semanalmente Mensual Anual Ocasionalmente Poco frecuentemente **Monto:** _____

Consumes Cafeína a diario: Sí No **Tazas por día:** _____

En caso afirmativo, qué tipo: Chocolate Café Bebida energética soda tabletas Té Otro: _____

Sigue una dieta específica: (marque todo lo que corresponda)

Diabético Baja en carbohidratos Pérdida de peso vegetariana Bajo en sal Sin Sal Añadida Sin dieta específica
 Regular Renal baja en grasas y colesterol Otro : _____

Uso/abuso de drogas: Sí No Anterior **En caso afirmativo, de qué tipo:** _____

POR FAVOR AÑADA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL PROVEEDOR AQUÍ: