



Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Doctor Que Lo/a Refirio: _____ Razon de Visita: _____

Por favor reporte cualquier problema del corazon/circulacion: Marque todos los que aplican:					
<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	Colocacion de Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	Angioplastia/Stent	<input type="checkbox"/>	Arrythmias/Iregular Latidos del Corazon	<input type="checkbox"/>	Cirurgia de Valvula del Corazon
<input type="checkbox"/>	Cirurgia de By-pass	<input type="checkbox"/>	Venas Varicosas	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Valvula del Corazon
<input type="checkbox"/>	Soplo en el Corazon	<input type="checkbox"/>	Cardiopatia Congenita	<input type="checkbox"/>	fibrilacion Auricular
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatia	<input type="checkbox"/>	Obstruccion en las arterias de las piernas	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Valvula Mitral
<input type="checkbox"/>	Colocacion de Marca Pasos	<input type="checkbox"/>	Cateterismo Cardiaco/ Angiograma	<input type="checkbox"/>	

Por favor aga una lista de otra condicion del corazon: _____

Marque si a tenido/tiene los siguientes:					
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar (coagulos en los pulmones)	<input type="checkbox"/>	Ulcera de Estomago
<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	Obstruccion en las arterias de las piernas	<input type="checkbox"/>	Presion Alta
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/>	Acarica/TIA
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Coagula/ DVT de Vena de Pierna	<input type="checkbox"/>	Agrandamiento de la Prostata
<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Alto Cholesterol	<input type="checkbox"/>	Fracaso de Rinon
<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Desorden de Tiroides	<input type="checkbox"/>	

Aga una lista de operaciones en el pasado o otros problemas medicos: _____

Circule todos los que aplica			
Fumador Actual	Fumo en el Pasado	Uso de Alcohol	Uso de Drogas Ilicitas

Historia de Familia de:	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Enfermedad del Corazon				
Alta Presion				
Acarica				

Por favor marque todo los que Aplique:				
Fiebre		Dificultad Durmiendo		Mala Vision
Resfriado		Sangre en las Heces		Dolor en la Panza
Tos		Sangre en la Orina		Dolor de espalda
Resollando		Orina Frecuentemente		Perdida de memoria
Dolor en los Senos		Dolor cuando orina		Ataques
Dolor de Cabeza		Dificultad deglucion		Ansiedad
Acidez		Sangre en la esputo		Depression
Nausea		Poco Apetito		Picazon
Diarrea		Dolores Musculares		Sarpullido de la piel

Por favor marque todo los que Aplique:				
Vomito		Dolor en las Articulaciones		Cancer de Piel
Dolor en el Oido		La noche suda		Comezon del Ojo
Garganta adolorida		Aumento de peso		Dolor en el Ojo
Perdidad de Audicion		Perdida de Peso		

Preguntas de Enfermedad Arterial Periferica

Enfermedad Arterial Periferica (PAD) es una condicion en que las arterias que cargan la sangre a lost musculos de los pies se hacen angostos y duros por la placa que se acumula. Puede resultar con dolor en los pies o que se fatigue que puede causar limitar su actividad fisica. PAD tambien puede aumentar su riesgo en tener un infarto o acarica si no es tratado.

- 1 Usted tiene un malestar en los musculos de los pies cuando camina y siente alivio cuando descansa? Si No
- 2 Sus pies en cualquier momento los siente fatigados o pesados cuando esta caminando o cuando es activa? Si No
- 3 En cualquier momento tiene que parar y descansar cuando esta caminando o tiene alguna dificultad en mantenerse al dia con los demas? Si No
- 4 Sus pies o dedos de los pies le molestan en la noche? Si No

5 Usted tendria una dificultad asiendo los siguentes por fatiga, debilidad, o malestar? Si No

	Ninguna Dificultad	Poca Dificultad	No Puede
Caminando una cuadra?	1	2	3
Suviendo escalones?	1	2	3
Caminando rapido?	1	2	3

Preguntas de las venas

Condicion de las venas, como venas varicosas o insuficiencia venosa que puede causar dolor, inchason, infeccion y ulceras. Estos pueden frequentemente tratarse con ablacion o con tratamiento de laser. Porfavor marque una paloma si tiene un sintoma de los que se mensionan de bajo.

Dolor de pie, comeson, o calambre	
Ardor o picazon en los pies	
Pesados los pies	
Los pies inchados especialmente al fin del dia	
Venas Varicosas	
Cambio de color o textura en los pies	
Heridas abiertas o dolor de los pies	

Nota Del Doctor:

Nombre del Paciente: _____