

Cardiología de San Antonio, P.A.
Actualización Del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento _____

1. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad nueva desde la última vez que lo vimos?

¿Ha sido hospitalizado? Sí No Donde? _____
Cuando? _____

2. ¿Fuma usted ahora? _____ ¿Fumaba antes? _____
¿Por cuánto tiempo? _____

3. ¿Tiene ahora o alguna vez le han diagnosticado con CUALQUIER de lo siguiente?

Anemia	Sí	No	Enfisema	Sí	No
Aneurisma			Episodios Epilépticos		
Angina/Dolor de Pecho	Sí	No	Falla del Corazón	Sí	No
Apnea de Sueño	Sí	No	Fumador	Sí	No
Apoplejía / Derrame Cerebral	Sí	No	Hemofilia	Sí	No
Arterial Periférica			Hepatitis		
Asma	Sí	No	Hipertensión Sanguínea	Sí	No
Ataque Cardíaco	Sí	No	Infarto	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Palpitaciones	Sí	No
Colesterol Elevado	Sí	No	Problemas de Riñon	Sí	No
Corto de Respiración	Sí	No	Problemas Siquicos	Sí	No
Desmayos	Sí	No	Sida/HIV	Sí	No
Desorden en Sangrar	Sí	No	Úlcera del Estómago	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Úlceras	Sí	No
Enfermedad de Corazón	Sí	No	Válvula de Corazon Artificial	Sí	No
Enfermedad de Tiroides	Sí	No			

4. ¿Ha tenido usted obstrucciones en las arterias del corazón? Sí No

5. ¿Ha tenido usted cirugía, procedimientos de globo, o stents (un tubo pequeño de malla metálica) a cualquier de las venas aparte de su corazón? Sí No

6. ¿Cuando usted anda o hace ejercicio, le dan dolores, calambres, o dolor en sus brazos, piernas, muslos, o nalgas? Sí No

¿Si contesto sí, siente alivio cuando se detiene de andar o de hacer ejercicio? Sí No

7. ¿Alguna vez ha tenido usted llagas dolorosas o úlceras en las piernas o en los pies que no se curan? Sí No

