Sírvase completar este cuestionario de Presbyterian Heart Group (3 páginas)

Su nombre: _____ Su edad: _____

Nombre del médico que lo derivó a nuestros consultorios: _____

¿Qué problemas médicos le preocupan?: _____

¿Qué espera obtener de su visita de hoy?: _____

¿Ha visto a un cardiólogo anteriormente? . . . . . Sí No

¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene un problema del corazón? . . . . . Sí No

¿Le han hecho algún procedimiento, examen o cirugía del corazón? . . . . . Sí No

¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática? . . . . . Sí No

¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? . . . . . Sí No

¿Ha estado teniendo malestar en el pecho? . . . . . Sí No

¿Tiene dificultades para respirar al estar acostado en la cama? . . . . . Sí No

¿Se le hinchan los tobillos? . . . . . Sí No

¿Su corazón ha estado latiendo aceleradamente o saltándose latidos? . . . . . Sí No

¿Se ha desmayado en los últimos 6 meses? . . . . . Sí No

¿Se le acalambra la parte inferior de las piernas cuando camina? . . . . . Sí No

¿Tiene venas varicosas o abultadas en las piernas? . . . . . Sí No

♥♥♥

¿Alguno de sus hermanos, padres o hijos ha tenido problemas cardíacos? Sí No

Si responde sí, ¿cuál de ellos? _____

♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥

¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral?. . . . . Sí No

¿Sufre de asma? . . . . . Sí No

¿Ha tenido úlcera o hepatitis? . . . . . Sí No

¿Lo han tratado alguna vez por coágulos en las piernas o en los pulmones? . . . . Sí No

¿Tiene problemas de tiroides? . . . . Sí No

Anote cuántas veces fue hospitalizado toda la noche dentro de los últimos 12 meses:

_____

Anote otros problemas médicos no relacionados con el corazón: _____

_____

Anote las operaciones que haya tenido: _____

_____

Anote las vitaminas, los suplementos y las hierbas medicinales sin receta que use: _____

_____

Anote los medicamentos a los que haya tenido una mala reacción o una reacción alérgica: _____

_____

¿Alguna vez le han hecho un estudio con rayos X en el que le inyectaran una tinta? Sí No

♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥

¿Dónde nació y dónde creció? _____

¿Por cuánto tiempo ha vivido en Nuevo México? _____

¿Cuál es su estado civil (y cuántos hijos tiene)? _____

¿Quién vive con usted? _____

¿Cuál es o era su ocupación? _____

¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela o título que obtuvo? _____

Continúe en la página siguiente

¿Sigue una dieta especial? . . . . . Sí No

¿Limita la cantidad de sal que consume? . . . . . Sí No

¿Bebe alcohol? . . . . . Sí No

¿Maneja? . . . . . Sí No

¿Tiene un testamento en vida (donde exprese sus deseos en cuanto a soporte vital)? Sí No

¿Tiene un poder notarial para la atención médica (donde indique quién podrá tomar las decisiones médicas por usted en caso de no poder hacerlo usted mismo)? . . . . . Sí No

¿Quién deberá tomar estas decisiones médicas por usted si no pudiera hacerlo usted mismo?

_____

♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥♥

Peso mínimo que ha tenido en los últimos 5 años: _____libras. Peso máximo que ha tenido en los últimos 5 años: _____libras.

¿Necesita ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, alimentarse o salir de la cama para pasar a una silla? . . . . . Sí No

¿Tiene un programa regular de ejercicios? . . . . . .Sí No

¿Usa gafas o lentes de contacto? . . . . . Sí No

¿Usa dentadura postiza? . . . . . Sí No

¿Siente un silbido al respirar? . . . . . Sí No

¿Tiene ardor de estómago? . . . . . Sí No

¿Ha notado sangre en las deposiciones o en la orina? . . . . . Sí No

¿Tiene que orinar más de una vez por la noche? . . . . . .Sí No

(Mujeres) ¿Cuándo tuvo su último período menstrual? _____

¿Tiene dolor en los músculos o en las articulaciones? . . . . . .Sí No

¿Usa bastón, andador, silla de ruedas o muletas para desplazarse? . . . . . .Sí No

¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 6 meses? . . . . . .Sí No

¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? . . . . . .Sí No

¿Sufre de depresión o de ansiedad? . . . . . Sí No

¿Siente mucho estrés? . . . . . Sí No

¿Qué otras preocupaciones tiene en cuanto a su salud? _____