



POR FAVOR COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA

C.I.: _____

Apellidos y Nombres del Paciente: _____ **Edad:** _____ años.

Lugar de nacimiento: _____ **Ciudad de residencia:** _____ **Teléfono fijo:** _____

Estado civil: _____ **Ocupación:** _____ **Tel. celular:** _____

Motivo de consulta: _____

Presencia de síntomas cardiovasculares, pulmonares y de otros aparatos y sistemas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones / taquicardia:
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Condicionantes: _____
<input type="checkbox"/> Disnea (dificultad para respirar):
<input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> A pequeños esfuerzos
<input type="checkbox"/> A moderados esfuerzos
<input type="checkbox"/> A grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> Calma con: _____
<input type="checkbox"/> Empeora con: _____
<input type="checkbox"/> Arritmias:
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Condicionantes: _____ | <input type="checkbox"/> Opresión o dolor torácico:
<input type="checkbox"/> Diario / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Condicionantes: _____
<input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> A pequeños esfuerzos
<input type="checkbox"/> A moderados esfuerzos
<input type="checkbox"/> A grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> Calma con: _____
<input type="checkbox"/> Empeora con: _____
<input type="checkbox"/> Dolor en las pantorrillas con ejercicio:
<input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Condicionantes: _____ | <input type="checkbox"/> Tos:
<input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Condicionantes: _____
<input type="checkbox"/> Expectoración con la tos:
<input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Características: _____
<input type="checkbox"/> Acidez / <input type="checkbox"/> Dolor en el estómago :
<input type="checkbox"/> Diaria / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
Características: _____
<input type="checkbox"/> Edema o hinchazón en las piernas :
<input type="checkbox"/> Diario / <input type="checkbox"/> Semanal / <input type="checkbox"/> Eventual
<input type="checkbox"/> Matutino (amanece con edema)
<input type="checkbox"/> Vespertino (lo nota en la tarde)
Características: _____ |
|--|--|--|

Otros síntomas presentados / observaciones: _____

<<SI USTED ES FUMADOR O ASMATICO SE RECOMIENDA REALIZAR ESPIROMETRÍA>>

Antecedentes personales y familiares de importancia:

(Por favor marque las opciones que sean positivas y complete la información pertinente)

- | | | |
|--|---|--|
| Enfermedades que padece o padeció:
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Dislipidemias (aumento de colesterol y/o triglicéridos):
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas:
Diagnosticadas hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Infarto miocárdico / <input type="checkbox"/> Angina de pecho:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica / Duodenal / <input type="checkbox"/> Gastritis:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Asma bronquial:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedades tiroideas:
Diagnosticada hace _____ años.
Tratamiento con: _____
<input type="checkbox"/> Otras: _____ | Operaciones a que se ha sometido:
<input type="checkbox"/> _____ Año: _____
<input type="checkbox"/> _____ Año: _____
<input type="checkbox"/> _____ Año: _____
<input type="checkbox"/> _____ Año: _____
Tiene ALERGI A:
<input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> Aspirina
<input type="checkbox"/> Yodo
<input type="checkbox"/> Otros: _____

Por favor detalle TODOS los medicamentos, vitaminas, etc. que esté tomando actualmente:
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> _____ Dosis: _____ | Antecedentes familiares:
<input type="checkbox"/> Padre: Vivo: _____ Edad: _____ a.
Padece/padeció de: <input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes / <input type="checkbox"/> ACV / <input type="checkbox"/> Infarto
Otros: _____
<input type="checkbox"/> Madre: Viva: _____ Edad: _____ a.
Padece/padeció de: <input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes / <input type="checkbox"/> ACV / <input type="checkbox"/> Infarto
Otros: _____
<input type="checkbox"/> Hermanos: _____ Sanos: _____
Padece/padeció de: <input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes / <input type="checkbox"/> ACV / <input type="checkbox"/> Infarto
Otros: _____
<input type="checkbox"/> Hijos: _____ Sanos: _____
Padecen de: _____

Hábitos psicobiológicos:
<input type="checkbox"/> Cigarrillo: _____ cajas diarias
Fuma desde los: _____ años.
<input type="checkbox"/> Alcohol: _____ tragos diarios
Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Deportes: _____
Frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Intestinal: <input type="checkbox"/>Normal / <input type="checkbox"/>Estreñido
Frecuencia: _____ |
|--|---|--|