Randolph Health
Heart & Vascular Institute
Powered by Novant Health

Nombre del Paciente _____ Masc / Fem Fecha De Nacimiento _____

Médico de Referencia/Médico de Atención Primaria _____

Motivo de la cita hoy _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Nombre de la receta y medicamentos de venta libre y dosis)

1. _____ 5. _____

2. _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

ALERGIAS Y REACCIONES □ Ningun alergia

Medicamentos: _____ Comida: _____ Otros: _____

FARMACIA LOCAL: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Y FAMILIARES (Verifique si usted o los miembros de su familia han tenido alguna de las siguientes enfermedades)

	Yo	Padre	Madre	Abuelos (Maternal)	Abuelos (Paternal)	Hermano	Hermana
Diabetes	□	□	□	□	□	□	□
Presion Alta	□	□	□	□	□	□	□
Ataque al Corazon	□	□	□	□	□	□	□
Enfermedades del Corazon	□	□	□	□	□	□	□
Derrame Cerebral	□	□	□	□	□	□	□
Asma/ Enfisema	□	□	□	□	□	□	□
Cancer de mama	□	□	□	□	□	□	□
Cancer del colon	□	□	□	□	□	□	□
Cancer de prostata	□	□	□	□	□	□	□
Otro Cancer_____	□	□	□	□	□	□	□
Otra Enfermedad _____	□	□	□	□	□	□	□
Problemas de riñon/vejiga	□	□	□	□	□	□	□
Enfermedades de la Tiroides	□	□	□	□	□	□	□
Hepatitis o lctericia	□	□	□	□	□	□	□
Anemia	□	□	□	□	□	□	□
Artritis	□	□	□	□	□	□	□
VIH/SIDA positivo	□	□	□	□	□	□	□
Trastorno Convulsivo	□	□	□	□	□	□	□
Coagulos en las venas	□	□	□	□	□	□	□
Problemas de la Sangre	□	□	□	□	□	□	□

Fibrilación auricular	□	□	□	□	□	□	□
Coagulos de Sangre	□	□	□	□	□	□	□
Embolia pulmonar	□	□	□	□	□	□	□
Arritmia (latidos del corazon irregular	□	□	□	□	□	□	□

CIRUGIAS PASADAS (Enumere todas las cirugías anteriores y el año en que se realizaron)

□ Apéndice _____ año □ Visiculabilar _____ año □ Tiroides _____ año □Histerectomía_____ año

□ Hernia _____ año □ Corazón _____ año □ Pulmón _____ año □Amigdalectomía____año

otro_____

HOSPITALIZACIONES RECIENTES (Aparte de las cirugías anteriores o el parto)

Año	Razon	Año	Razon

HISTORIA SOCIAL

Estado civil: □ Solo/a □ Casado □ Separado □ Divorcado □ Viudo Número de hijos: ____

Empleo: □ Full-time □ Part-time □ Discapacitado □ Jubilado □ Desempleado

Ocupación _____

¿Con qué frecuencia haces ejercicio?: □ Ninguna □ 1-2 dias/semana □ 3-4 dias/semana □ 5+ dias/semana

Bebidas con cafeína: Tazas/vasos por día _____

HISTORIA DEL TABACO Y EL ALCOHOL

Tobaco:

¿Lo usas ahora? □ Si □ No Tipo _____ ¿Le gustaría dejar de fumar? □ Si □ No

¿Lo has usado en el pasado? □ Si □ No ¿Cuántos años utilizaste? _____ ¿Cuándo lo dejaste? _____

Alcohol:

¿Cuánto alcohol bebes? □Nada □ Raramente □ 1-7 bebidas/semana □ 8-14 bebidas/semana □ más de 14/semana

¿Has tenido un problema con el alcohol en el pasado? □ Si □ No

Drogas recreativas:

¿Consumes actualmente drogas recreativas? □ Sí □ No

En caso afirmativo, escriba: _____

Anterior Uso/Adicción a Drogas □ Sí □ No

Si es así, escriba: _____

¿Está en un programa de rehabilitación o recuperación de alcohol? □ Sí □ No

En caso afirmativo, escriba:

_____

SI TIENE UN TESTAMENTO VITAL O UN PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA, PROPORCIÓNENOS UNA COPIA.