



Información de Paciente

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de segundo Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA):			
Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:		
Correo Electrónico:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
En Caso de Emergencias Por favor Contactar: Nombre:	Relación al Paciente: Teléfono:		

Información del Empleador

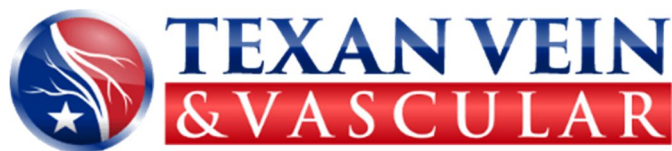
Nombre del Empleador:	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono del Trabajo:	Ocupación del Paciente:		

Información de Seguro (Por favor Proporcione su tarjeta de seguro con la Recepcionista)

Nombre del Plan de Seguro Primario:		
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Empleador Asegurado:	Teléfono del Empleador:	
Nombre de Plan de Seguro Secundario:		
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
Empleador Asegurado:	Teléfono del Empleador:	

Información Medica

Nombre del Medico Remitente:	Nombre de Medico Principal:		
¿Como encontró nuestra clínica? (circule todas las aplicantes)	Sitio Web/Internet	Periódico	TV Recomendación Medica
¿Tiene Farmacia Preferida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor proporcione la siguiente información:			
Nombre de Farmacia:	Numero de Teléfono:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	



Clínica de Cirugía Vascular

HISTORIAL MEDICO

Por favor circule “SI” o “NO” a algún problema médico presente o pasado

SI	NO	Fibrilación Auricular / Arritmia
SI	NO	Enfermedad Arterial Coronaria
SI	NO	Insuficiencia Cardíaca
SI	NO	Demencia
SI	NO	Trastorno Convulsivo
SI	NO	Diabetes Mellitus tipo 2
SI	NO	Asma
SI	NO	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/ Enfisema
SI	NO	Desorden de Sangre
SI	NO	Anemia
SI	NO	Trombosis Venosa Profunda
SI	NO	Embolia Pulmonar
SI	NO	SARM
SI	NO	Colesterol alto / Hiperlipidemia
SI	NO	Infarto Miocardio / Ataque al Corazón
SI	NO	Depresión
SI	NO	Abuso de Drogas
SI	NO	Hepatitis C
SI	NO	Desorden de Úlcera Péptica
SI	NO	Enfermedad de Riñón Crónica / Etapa Terminal
SI	NO	Derrame / Ataque Isquémico Transitorio
SI	NO	Ceguera Temporal
SI	NO	Dificultad del Habla
SI	NO	Hipertensión
SI	NO	Cirrosis Hepática
SI	NO	Hipotiroidismo
SI	NO	Obesidad
SI	NO	Apnea Obstructiva del Sueño



Clínica de Cirugía Vascular

HISTORIAL QUIRURJICO

FECHA

SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	

Apendectomía
 Cesaría
 Cirugía de baipás de la arteria coronaria IDAC
 Colectectomía
 Histerectomía
 ACTP (Angioplastia Coronaria)
 Angioplastia / Stent en la pierna
 Otros

HISTORIAL FAMILIAR

Enfermedad De Corazón Derrame Aneurisma Otro problema Vascular(especifique) Edad de Ocurrencia

Relación

Madre					
Padre					
Hermana					
Hermano					
Abuela Materna					
Abuelo Materno					
Abuela Paterno					
Abuelo Paterno					



HISTORIAL SOCIAL

SI	NO	NUNCA	¿Usted fuma?
			Número de años
			Paquetes por día
	SI	NO	¿Le interesa dejar de fumar?
			¿Cuánto tiempo fumo antes de renunciar?
			Número de años
			Paquetes por día

SI	NO	NUNCA	¿Usted consume alcohol?
DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	¿Qué Frecuencia?
VINO	CERVEZA	OTRO	¿Qué tipo de bebida alcohólica?
	SI	NO	¿Abusa de drogas?

PREFERENCIA DE APRENDIZAJE

¿Cuál es su preferencia de aprendizaje? (Circule todas las aplicantes)

ESCUCHANDO LEYEENDO DEMOSTRACION FOTOS/VIDEOS

OTRO (Por Favor Especifique): _____

RIESGO DE CAIDA

¿Se ha caído en los últimos 30 días?
(Por Favor circule uno)

SI	NO
-----------	-----------



Clínica de Cirugía Vasculat

REVISION DE SISTEMAS

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas? (S=Si, N=No)

Síntomas constitucionales:	Síntomas Cardiovascular:	Síntomas Musculo esquelat:	Síntomas Endocrinólogas:
S N Fiebre	S N Dolor al esforzar pecho	S N Dolores Musculares	S N Fatiga
S N Escalofríos	S N Dolor al esforzar brazo	S N Debilidad Muscular	S N Intolerancia al frio
S N Aumento de peso	S N Palpitaciones de corazón	S N Dolor Articular	S N Perdida de cabello
S N Pérdida de peso	S N Soplo cardiaco	S N Dolor de espalda	S N Incremento de bello
S N Pérdida de apetito	S N Dolor de pantorrilla	S N Hinchazón brazo/pierna	S N Menstruación Irregular
Síntomas de ojo:	S N Hinchazón de tobillos	S N Dificultad para caminar	S N Incremento de sed
S N Cambio de visión	Síntomas Respiratorios:	Síntomas Integumentario:	Hematológico/ Linfático:
S N Dolor de ojo	S N Tos	S N Piel Seca	S N Glándulas hinchadas
S N Irritación de ojo	S N Sibilancias	S N Ictericia	S N Hematomas
Oído, Nariz y Garganta:	S N Dificultad para respirar	S N Erupciones	S N Sangrado excesivo
S N Perdida de audio	Síntomas Gastrointestinales	S N Decoloración	Síntomas Neurológicos:
S N Vértigo	S N Nausea	S N Lesiones/crecimiento	S N Perdida de conciencia
S N Zumbido en oído	S N Vomito	S N Ulceras	S N Habla arrastrada
S N Problemas senos nasal	S N Vómitos de sangre	Alérgico/Inmunológico	S N Debilidad
S N Hemorragias nasales	S N Dolor abdominal	S N Escurrimiento nasal	S N Adormecido
S N Dolor de Garganta	S N Cambio de apetito	S N Presión Sinusal	S N Jaqueca
S N Dificultad del habla	S N Acidez	S N Comezón	S N Lapso/Cambio memorial
S N Sangrado de Encías	S N Heces negra/alquitrinadas	S N Urticaria	S N Perdida de balance
S N Anomalías de dientes		S N Destornudo frecuente	S N Piernas inquietas

RAZON DE LA VISITA HOY? (PORFAVOR ESPECIFIQUE)



Firma del cliente

Fecha