

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____
Edad: _____ estatura: _____ Peso: _____ sexo: _____
Dr. familiar: _____
Razon de visita: _____
Farmacia de preferencia: _____

INFORMACION GENERAL

Actualmente tiene o a tenido estos problemas?

Dolor de pecho__	Soplo cardiaco__	Pulso irregular__
Paro cardiaco__	Derrame cerebral__	Coagulos sanguineos__
Corazon engrandado__	ECG abnormal__	Dolor de piernas__
Fiebre reumatica__	Ataque al Corazon__	Dificultad para respirar__

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CARDIACAS

Cigarros 1- Fuma cigarros?__ otra forma de Tabaco?__ por cuantos años?__
Cuantos cigarros al dia?__

Presion Sanguinea 2- Tiene presion alta?__ Si la respuesta es si, por cuantos años?__
Cuantos años tiene tratandose por presion alta?__

Colesterol 3- Su Dr. le a dicho que tiene colesterol abnormal?
Cholesterol?__ trigliceridos?__ HDL?__
Sabe los resultados de sus examenes?__
4- Esta en dieta baja en grasas? Si__ NO__

Diabetes 5- Tiene Diabetes?__ por cuanto tiempo?__
Que tratamiento? Dieta?__ Insulina?__ Medicamento?__

Historial Familiar 6- Tiene historia familiar de ataques de infarto?__
Madre__ Padre__ Hermanos__ Hermanas__

Ejercicio 7- Cuanto ejercita a diario? a. No al regular__ b. regular__
Si hace ejercicio diario, que rutina tiene?__

Menopausea 8- Ya paso por menopausea?__
Esta recibiendo terapia hormonal?__

Peso 9- Cual es el peso mas alto como adulto?__ mas bajo?__
Peso actual?__

Personalidad 10- Se considera una persona tranquila?__ tensa?__ promedio?__

Estres

11- A tenido estres en su vida cotidiana recientemente y puede ser la causa de sus sintomas hoy? _____

Lista de Medicamentos (Prescripciones y suplementos de mostrador)

Nombre de medicina	miligramos	Frecuencia para tomar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial Personal

Alergias a medicamentos: _____

Bebe alcohol? _____ cuantas bebidas diarias? _____ cerveza o licor? _____
por cuantos años a bebido? _____ edad en la cual comenzo a beber alcohol? _____

Toma café a diario? _____ decafeinado? _____ regular? _____ bebidas energeticas? _____ sodas? _____
2 bebidas o menos _____ 2-5 bebidas _____ mas de 5 bebidas _____

Historial Medico

Operaciones/Cirugias:

1. _____	Fecha: _____
2. _____	Fecha: _____
3. _____	Fecha: _____

A estado hospitalizado por enfermedades serias?
Enfermedades/hospitalizacion/hospital

1. _____
2. _____
3. _____

Historial Familiar
(Por favor de omitir nombres)

<u>Miembro familiar</u>	<u>edad</u>	<u>vivo/muerto?</u>	<u>Fecha de fallecimiento</u>	<u>Causa de muerte</u>
-------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	------------------------

Que miembros familiares padecen de las siguientes enfermedades? Solo necesitamos informacion de Madre, Padre, Hermano, Hermana, Abuelos o Abuelas. (No Tios, Tias, Primos, Primas, etc.)

Derrame cerebral	_____
Paro cardiaco	_____
Presion Sanguinea	_____
Diabetes	_____
Colesterol	_____