

4

Allergies & Sensitivities
Alergias a medicamentos

Please list **ALL** allergies and reactions: / Enumere por favor **TODAS LAS** alergias y reacciones:

Medication / Product Name Nombre del medicamento	Reaction Reacción

NO KNOWN ALLERGIES
No tengo alergias

5

Cardiac Risk Factors
Factores De Riesgo Cardiacos

YES NO Please check **YES** or **NO** for each cardiac risk factor that applies to **YOU**:
Indique si tiene (o no tiene) el problema siguiente.

- Have you ever used tobacco? If yes, how much for how long?: _____
¿Fuma Usted? ¿Cantidad de cigarrillos? Por cuantos años
- Family history of heart disease? If yes, please explain in section 8 below.
¿Tiene familiares con problemas del corazón? Explique en la sección 8 abajo.
- High cholesterol or triglycerides?
¿Colesterol o triglicéridos elevados?
- High blood pressure?
¿Tensión elevada?
- Diabetes? If yes, what type? How long?: _____
¿Diabetes, que tipo y por cuanto tiempo?
- Prior history of heart disease?
¿Problemas cardiacos?
- Overweight by more than 10 pounds?
¿Obesidad por mas de 10 libras (5 kilos)?
- Do you exercise? If yes, what kind and how often? _____
¿Hace ejercicios físicos? ¿Cuántas veces por semanas y de que tipo?
- Have you reached menopause? If yes, Biological or Surgical?: _____
¿Ha llegado a la menopausia natural o quirúrgica?

6

Past Medical / Cardiac Illness, Trauma and Surgical History
Historia médica y quirúrgica

a. Please list all past GENERAL medical illnesses, diseases and conditions (include date/age of onset):
a. Indique las enfermedades que tuvo en el pasado (incluya la fecha y su edad cuando la tuvo):

Description of Illness Describe la enfermedad	Date or Age of Onset Fecha o su edad durante esta enfermedad	Description of Illness Describe la enfermedad	Date or Age of Onset Fecha o su edad durante esta enfermedad
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

b. Please describe any HEART related problems you have experienced (include date/age of onset):
b. Describe problemas cardiacos que haya tenido

Description of Heart Problem	Date or Age of Onset	Description of Heart Problem	Date or Age of Onset
1		4	
2		5	
3		6	

6

Past Medical / Cardiac Illness, Trauma and Surgical History (cont.)

Historia médica y quirúrgica

c. Please list all past **INFECTIOUS DISEASES** you had as an adult or child such as chicken pox, hepatitis, rheumatic fever, etc. (include date/age of onset):

c. Describa todas las enfermedades infecciosas que tuvo incluya hepatitis, fiebre reumática, y enfermedades infantiles

Description of Disease	Date or Age of Onset	Description of Disease	Date or Age of Onset
1		3	
2		4	

d. Please list all past **TRAUMA or INJURIES** you have received such as fractures, wounds, injuries from an auto accident, etc. (include date of occurrence):

d. Describa heridas o fracturas sostenidas

Description of Trauma/Injury	Date of Occurrence	Description of Trauma/Injury	Date of Occurrence
1		3	
2		4	

e. Please list all **SURGERIES and PROCEDURES** (knee surgery, tonsillectomy, appendectomy, etc.) you have had **EXCEPT HEART-RELATED** procedures. Please include date of surgery/procedure:

e. Describa las intervenciones quirúrgicas pasadas

Description of Surgery	Date	Description of Surgery	Date
1		3	
2		4	

f. Please list all surgeries and procedures you have had for your **HEART** (including stress test(s), echocardiogram(s), catheterization(s), bypass, etc.) Please include date of surgery/procedure:

f. Describa las cirugías o procedimientos cardiacos que tuvo. Incluya cateterismo cardiacos, ecocardiogramas y pruebas de esfuerzo.

Description of Cardiac Procedure	Date	Description of Cardiac Procedure	Date
1		4	
2		5	
3		6	

7

Lifestyle / Social History

Estilo de Vida

Y / N

Please mark yes or no; and/or circle and complete as applicable:

Por favor marca sí o no; yo el círculo y termina como aplicable:

Alcohol Use: beer / wine / mixed drinks (circle all that apply) How much / How often?:
 Uso de Alcohol: cerveza / vino / bebidas mixtas Con que frecuencia y cantidad:

Smoking / Tobacco Use: cigarettes / cigars / pipe / smokeless (circle all that apply) Frequency:
 Fuma: cigarrillos / cigarros o pipa. Frecuencia:

Diet: regular / weight reduction / heart healthy / low sodium / low fat / diabetic / vegetarian / other:

Dieta Especial: diabética / baja en sal / para perder peso

Caffeine Intake: What kind/How much per day?:
 Bebidas con Cafeina: que tipo y cantidad:

Exercise: None / Occasional / Regular / Daily (circle one) What type/How long?:
 Ejercicio Fisico: nunca / ocasionalmente / regular / diario tipo y por cuanto rato:

Drug/Substance Abuse: Explain:
 Drogas: y o abuso de las mismas, explique.

Please describe all family health problems (list condition, and date/age of onset):
 Describa por favor todos los problemas de salud de la familia (condición de la lista, y fechaedad del inicio):

Mother / Madre:		Father / Padre:	
Grandfather / Abuelos:		Grandfather / Abuelos:	
Grandmother / Abuelas:		Grandmother / Abuelas:	
Siblings / Hermanos:		Other / Otros:	OR: Unknown / None

Please check **ALL** that apply to **YOU**:
 Describa sus síntomas y problemas:

<input type="checkbox"/> Recent weight gain <i>Pérdida de peso reciente</i> <input type="checkbox"/> Recent weight loss <i>Aumento de peso reciente</i> <input type="checkbox"/> Decreased exercise tolerance <i>Dificultad de hacer ejercicios</i> <input type="checkbox"/> Fatigue <i>Fatiga</i> <input type="checkbox"/> Loss of appetite <i>Pérdida de apetito</i>	General / Constitutional	<input type="checkbox"/> Nausea <i>Nausea</i> <input type="checkbox"/> Blood in stool <i>Sangre en las heces</i> <input type="checkbox"/> Stomach ulcers <i>Úlceras del estomago</i>	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Hair loss <i>Pérdida de cabello</i>	Integumentary	<input type="checkbox"/> Arthritis; list type: <i>Artritis y tipo</i> <input type="checkbox"/> Loss of strength <i>Pérdida de fuerza</i>	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> Macular Degeneration <i>Degeneración macular del ojo</i> <input type="checkbox"/> Cataracts <i>Cataratas</i> <input type="checkbox"/> Glaucoma <i>Glaucoma</i> <input type="checkbox"/> Wear <input type="checkbox"/> glasses <input type="checkbox"/> contacts <i>Usa anteojos <input type="checkbox"/> lentes de contacto</i>	Eyes	<input type="checkbox"/> Previous stroke <i>Hemiplejía o derrame cerebral</i> <input type="checkbox"/> Confusion <i>Confusión</i> <input type="checkbox"/> Dizziness <i>Mareos</i> <input type="checkbox"/> Headaches <i>Dolores de cabeza</i> <input type="checkbox"/> Seizures <i>Convulsiones</i>	Neurological
<input type="checkbox"/> Hearing loss <input type="checkbox"/> partial <input type="checkbox"/> complete <i>Pérdida de audición <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> completa</i> <input type="checkbox"/> Difficulty speaking <i>Dificultad in hablar</i>	Ears / Nose / Mouth / Throat	<input type="checkbox"/> Anxiety <i>Ansiedad</i> <input type="checkbox"/> Stress <i>Stress</i> <input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i> <input type="checkbox"/> History of drug abuse <i>Historia de uso de drogas</i> <input type="checkbox"/> History of alcohol abuse <i>Historia de alcoholismo</i>	Psychiatric
<input type="checkbox"/> Cough <i>Tos</i> <input type="checkbox"/> Shortness of breath at rest <i>Dificultad para respirar</i> <input type="checkbox"/> Shortness of breath with exercise <i>Dificultad para respirar durante ejercicio</i> <input type="checkbox"/> Sleep apnea <i>Apnea respiratoria nocturna</i> <input type="checkbox"/> Chest discomfort; if yes, describe: <i>Dolor de pecho, descríbalo</i>	Respiratory	<input type="checkbox"/> Hyperthyroidism <i>Problemas tiroideos</i> <input type="checkbox"/> Hypothyroidism <input type="checkbox"/> Bleeding disorder <i>Problemas coagulatorios</i> <input type="checkbox"/> Seasonal allergies <i>Alergias a comidas o al polen</i> <input type="checkbox"/> Food allergies <i>Alergias Del Alimento</i>	Endocrine
<input type="checkbox"/> Palpitations <i>Palpitaciones</i> <input type="checkbox"/> Swelling of ankles/feet <i>Se le hincha los tobillos</i>	Cardiovascular		Hematological/ Immunologic

Please let the clinician know if there is something not listed, or write other issues with these systems on reverse side of page.

Por favor avísenos si tiene otros problemas no detallados en el formulario.