

Cuestionario Medico Primera Visita

Nombre y apellido _____ Edad _____ Fecha de hoy _____

1. Que síntomas o problemas, le molestan más? _____
2. Sufre de dolor o presión en el pecho? _____
3. Falta de aire? _____
4. Palpitaciones? _____
5. Mareos, o casi pérdida de conocimiento? _____
6. Hinchazon de los tobillos? _____
7. Ha tenido úlceras? _____ 8. Agruras? _____ 9. Asma? _____

10. Que medicinas toma? Incluye dosis, frecuencia, y duración. _____

Alergias contra medicinas _____

Que tipo de reacción? _____

11. Ha visto a otros cardiólogos? _____

12. Ha tenido exámenes cardiológicos antes? _____

Catéter del corazón? _____

Rueda de andar? _____

13. Que cirujia ha tenido? _____

14. Su ultima estancia en el hospital? _____

15. Fuma? _____ Cuanto? _____

16. Toma alcohol? _____ Cuanto? _____

17. Usa cafeína _____ Cuanto? _____

18. Usa drogas (e.g. cocaína)? _____

19 Ha tenido alta presión? _____ Por cuanto tiempo? _____

20 Diabetes? _____

21 Alta colesterol? _____

22 Que es o fue su trabajo (oficio)? _____ Ano de jubilación _____

23. Que es su nivel de actividad física? _____

24. Jamás ha visto a Doctor Perry, Doctor Mendoza O

Dr. Vakil? _____