

Historia Medica del Paciente

Nombre: _____ ID#: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino

En caso de emergencia llamar a :
 Nombre: _____ Telefono: _____
 Relacion: _____

1) Problemas que deben ser tratados hoy: _____

Ha tenido tratamiento por este problema? () Si () No Cuando: _____

Describe el tipo de tratamiento: _____

Ha tenido cirugia por este problema? () Si () No

Si la respuesta es si, indique la fecha y el tipo de cirugia: _____

2) Tiene alguna otra condicion que sea causada por el ejercicio?: _____

3) Mencione los nombres de su doctor primario, internista, cardiologo, que ha visto o esta viendo:

Nombre: _____ Nombre: _____

Telefono: _____ Telefono: _____

4) Esta usted embarazada? () Si () No

5) Necesita asistencia con lo siguiente:

Transportacion	Si	No	Al Comer	Si	No
Mandados	Si	No	Cuidado Personal	Si	No
Labores domesticos	Si	No	Otro _____	Si	No

6) Su dolor O desabilite ha causado alguno de estos problemas:

Problemas Finandieros	Si	No	Problemas Familiares	Si	No
Problemas Emocionales	Si	No	Otro _____	Si	No

7) Ha tenido o tiene actualmente lo siguiente:

Marcos o desmayos	SI	No	Osteoporosis	Si	No
Dolor de pecho/corazon	Si	No	Enfermedades cardiacas	Si	No
Valvula/aparato (corazon)	Si	No	Diabetes	Si	No
Dolor de cabeza	SI	No	Inchazon en los tobillos	Si	No
Enfermedad de nervios	Si	No	Problemas del rinon	Si	No
Alergias	Si	No	Problemas de tiroides	Si	No
Convulciones	Si	No	Hernia	Si	No
Problemas de balance	Si	No	Implantes de metal	Si	No
Problemas de oido	Si	No	Problemas de la vista	Si	No
Colesterol elevado	Si	No	Presion alta	Si	No
Cancer	Si	No	Presion baja	Si	No
			Tuberculosis	Si	No
			Hepatitis	Si	No

8) Favor de circular una respuesta si no sabe deje sin circular:

Cigarrillos (por dia)	Nunca	1-5	10-20	30-40	>50
Bebidas alcoholicas (por semana)	Nunca	1-5	10-20	>20	
Ejercicio Cardiovascular (por semana)	Nunca	Ocasionalmente/ Recreativo	3+ veces por semana por lo menos 15 minutos		

9) Condicion Respiratoria: Normal Moderada Severo (dificultad al respirar al hacer esfuerzo minimo)

For office use only: I have reviewed the Health Risk Profile and the following is appropriate:

Contact MD with CV Screening Request Form or request results of exercise test within last 2 years;

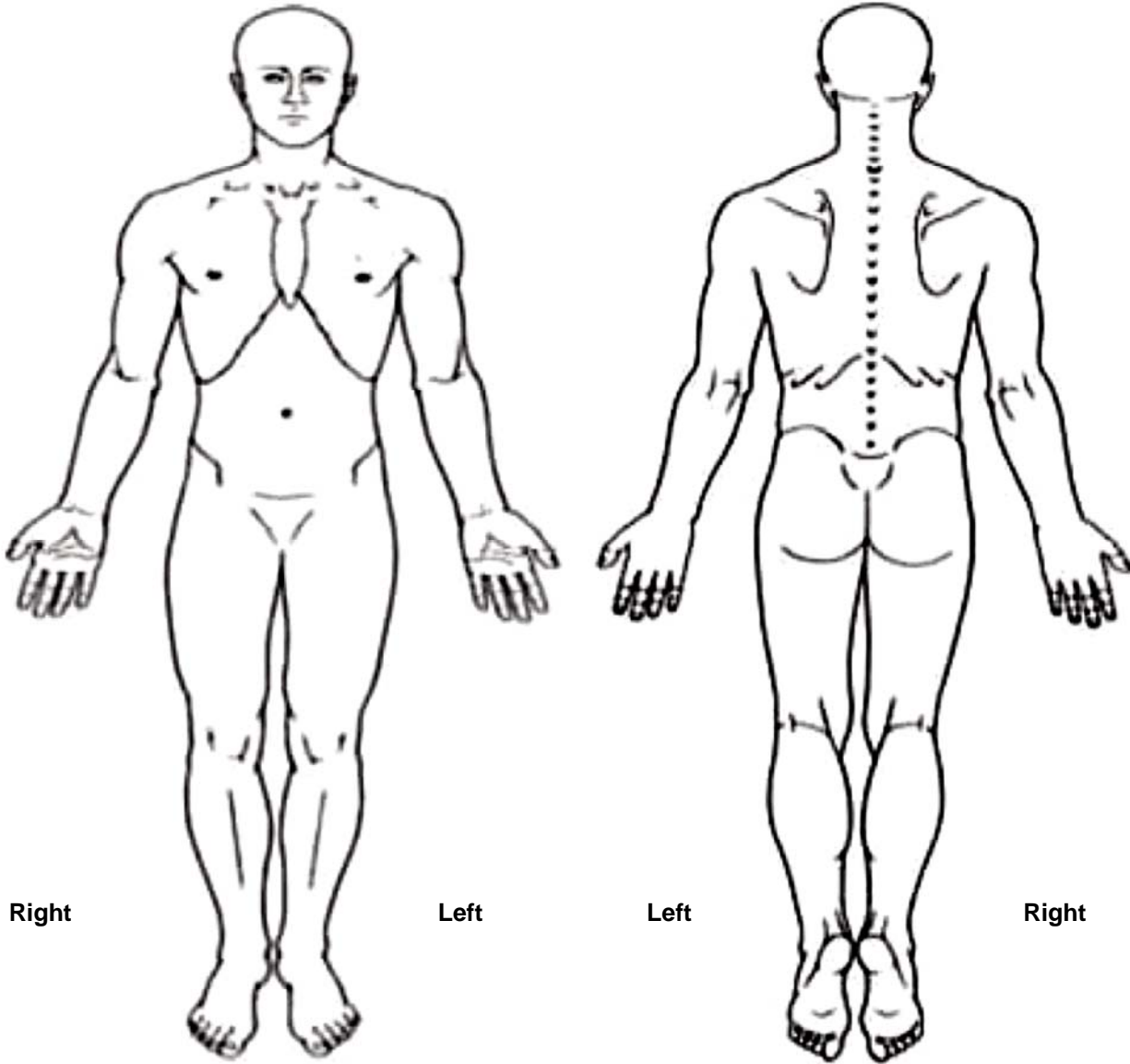
Further cardiovascular screening is not necessary at this time.

Clinician Signature: _____

WHERE IS YOUR PAIN NOW?

Mark the areas on your body where you feel the described sensations.

ACHE	NUMBNESS	SPINS & NEEDLES	BURNING	STABBING
AAA	OOO	---	XXX	///
AAA	OOO	---	XXX	///
AAA	OOO	---	XXX	///



PLEASE MARK ON THE LINE WITH AN X THE DEGREE OF PAIN NOW

NO PAIN **WORST PAIN**
ARE YOU NOW: **BETTER**_____ **WORSE**_____ **SAME**_____ **SINCE THE PROCEDURE**
Name: _____ **Date:** _____