

Nueva Forma de Evaluación Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo Hombre Mujer

Race/Ethnicity: Caucásica Americano Africano Hispana Asian Otros _____
 Negarse a informe

Idioma Preferido: _____

Partido (caso un menor de edad) responsable _____

Teléfono de casa #: _____ Teléfono Celular #: _____

Teléfono del trabajo#: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de seguro médico primaria: _____

Seguro ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre de seguro médico secundario: _____

Seguro ID #: _____ Grupo #: _____

Médico de atención primaria: _____

Referir a médico (si es diferente): _____

Nombre de la farmacia y la ubicación: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____

¿Cuál es el motivo de su cita de hoy?

HISTORIA CLÍNICA

ESTILO DE VIDA

Estado civil/relación: Individual Casado Divorciado Separado Viudo Sociedad

¿Tiene hijos: No Sí En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

Ocupación actual: _____ Autónomos Movilidad Se retiró No empleada

¿Ejercitas? No Sí

En caso afirmativo, qué actividad _____ Frecuencia _____

Anticipadas: No No resucitar Siguierte de Kin _____

Poder notarial: No Sí, _____ Relación a sí mismo: _____

Testamento: No Sí Poder para la atención de salud: No Sí, _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Establecida cardiopatía coronaria (ataque al corazón, Stents coronarios, arteria coronaria injerto de derivación)
<input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica
<input type="checkbox"/> La Fibrilación Atrial o alboroto Atrial
<input type="checkbox"/> Paro cardíaco congestivo
<input type="checkbox"/> Sangría desorden _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (hipertensión) o en tratamiento
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:
<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2
<input type="checkbox"/> Tiroides trastorno _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad colágeno-vascular autoinmune sistémica (Lupus, artritis reumatoide)
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> La apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Cirugía no cardíaca _____
<input type="checkbox"/> Other medical issues _____ | <input type="checkbox"/> Torácico o abdominal del aneurysm aórtico
<input type="checkbox"/> Otros de trastorno de ritmo corazón _____
<input type="checkbox"/> Problema de la válvula del corazón o corazón soplo _____
<input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación o antecedentes de coágulos de sangre
<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia en tratamiento para el colesterol alto
<input type="checkbox"/> La enfermedad renal crónica / enfermedad Renal en etapa terminal / hemodiálisis
<input type="checkbox"/> Hígado enfermedad _____
<input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico
<input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Cáncer _____
<input type="checkbox"/> COPD / asma / reactiva enfermedad de la vía aérea |
|--|--|

PRIOR CARDIOVASCULAR TESTS AND PROCEDURES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG)
<input type="checkbox"/> Cardíaca CT
<input type="checkbox"/> Cardíaca MRI
<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo
<input type="checkbox"/> Cateterización/ cardíaca angiograma

<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico
reparación/colocación de stent | <input type="checkbox"/> Bioimpedence
<input type="checkbox"/> Ultrasonido de carótida
<input type="checkbox"/> Ecografía arterial periférica
<input type="checkbox"/> Monitor Holter o monitor de eventos
<input type="checkbox"/> Desfibrilador cardíaco implantado

<input type="checkbox"/> Cirugía de derivación arterial periférica
<input type="checkbox"/> Reparación de válvula del corazón o
reemplazo | <input type="checkbox"/> Echocardiograma/TEE
<input type="checkbox"/> Ecografía aorta Abdominal
<input type="checkbox"/> Venoso periférico
<input type="checkbox"/> Estudio de fisiología eléctrica
<input type="checkbox"/> Cirugía de arteria carótida / colocación
de stent
<input type="checkbox"/> Reparación de cardiopatías congénitas
<input type="checkbox"/> Calcio de la arteria coronaria/o
cardíaca CT |
|--|--|---|

HISTORIA DEL EMBARAZO Y LA MENOPAUSIA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preeclampsia
<input type="checkbox"/> Hipertensión inducida por el embarazo
<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro o nacimiento de bebé pequeño para la edad gestacional
<input type="checkbox"/> Edad menopausia _____ | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo o aborto espontáneo
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional
<input type="checkbox"/> Historia de la terapia de reemplazo hormonal |
|--|--|

HISTORIA DE LA FAMILIA

Historia de la familia	Edad	Enfermedades	Si fallecido, causa de muerte
Madre	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

HISTORIA SOCIAL

- ¿Has fumado cigarrillos? No Sí
- En caso afirmativo, ¿cuánto ¿actualmente fuma una semana? ninguno ½ paquete 1 paquete > 1 paquete
- Si usted previamente ahumados, ¿hace cuánto dejar? < un año 1-5 años > 5 años
- ¿Cuántos años usted fuma? _____
- ¿Bebe alcohol? No Anteriores al año dejar de _____
 Sí tipo de alcohol _____ Bebidas por semana _____
- ¿Usas drogas ilícitas? No Sí tipo de ilícitos drug _____ última fecha _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE

GENERAL

Fiebre No Sí
Fatiga No Sí
Pérdida de peso No Sí

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA

Pérdida de la audición No Sí
Dolor en los oídos No Sí
Nariz que moquea No Sí
Dolor de garganta No Sí

CARDIOVASCULARES

Dolor en el pecho No Sí
Mareo o vértigo No Sí
Dificultad para respirar No Sí
Dolor muscular de pierna al caminar No Sí

VÍAS RESPIRATORIAS

Tos No Sí
Toser sangre No Sí

GASTROINTESTINALES

Náuseas No Sí
Dolor abdominal No Sí
Reflujo ácido quemadura de corazón No Sí
Estreñimiento No Sí

GÉNITO-URINARIO

Dolor con la micción No Sí
Sangre en la orina No Sí
Ganas frecuentes de orinar por la noche No Sí

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Dolor en las articulaciones No Sí
Problemas de espalda No Sí

NEUROLÓGICA

Dolores de cabeza No Sí
Entumecimiento No Sí
Convulsiones No Sí
Desequilibrio No Sí

SISTEMA ENDOCRINO

Intolerancia fría o caliente No Sí

HEMATOLÓGICAS

Sangrado fácil No Sí
Hinchado glándulas, ganglios linfáticos No Sí

DERMATOLÓGICA

Erupción No Sí
Pérdida de cabello No Sí
Prurito No Sí

ALÉRGICAS/INMUNOLÓGICAS

Difuso de prurito No Sí

PSIQUIÁTRICO

Estado de ánimo depresivo No Sí
Alucinaciones No Sí

Escalofríos No Sí
Problema para dormir No Sí
Aumento de peso No Sí

Zumbido en los oídos No Sí
Congestión nasal No Sí
Sangrado nasal No Sí
Pérdida de visión borrosa No Sí

Palpitaciones No Sí
Pérdida de la conciencia No Sí
Hinchazón en las piernas No Sí
Disminución de la tolerancia al ejercicio No Sí

Flema No Sí
Sibilancias No Sí

Vómitos No Sí
Diarrea No Sí
Sangre en las heces No Sí
Taburete negro No Sí

Necesidad de orinar con frecuencia No Sí
Incontinencia urinaria No Sí
Impotencia No Sí

Dolor muscular No Sí
Dificultad para caminar No Sí

Agitación No Sí
Debilidad No Sí
Pérdida de la memoria No Sí

Sed excesiva No Sí

Moretones fácil No Sí

Úlcera No Sí
Cambio de piel/uñas No Sí

Anafilaxia No Sí

Ansiedad No Sí
Pensamientos suicidas No Sí

HISTORIA DE ALERGIA

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algún medicamento? No Sí

En caso afirmativo, enumere los medicamentos y reaccion_____

¿Eres alérgica al yodo? No Sí

Por favor, indique todos los demás alergias (alimentos, alergias ambientales, animales, etc.)

MEDICAMENTOS

Medicamentos de rutina	Dosis	Número de veces al día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vitaminas o hierbas_____

Otras medicamentos o terapias alternativas_____

Como necesitan medicamentos (Aspirina, Ibuprofen, Tylenol) _____

Historia de píldoras de dieta_____

Para medicamentos adicionales, por favor enumérelos a continuación.

8327 Davis Street
Suite 101
Downey, CA 90241
562 904-6027



3737 Martin Luther King, Jr Blvd
Suite 401
Lynwood, CA 90262
310 604-0443

CardioMedicalConsultants.com

Amin Farah, M.D.

Douglas Segal, M.D.

Jamie Weiss, M.D.

Thomas Brodie, M.D.

ALTA MÉDICA

Médico registro #: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El propósito de este comunicado es:

A petición de la paciente/representante

Otra (razón de estado): ____

Aviso

Cardio Medical Group Consultores y muchas otras organizaciones que individuos como médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, no puede estar protegido por leyes estatales o federales de confidencialidad.

Mis derechos

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. Tratamiento, pago inscripción y elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a firmar esta autorización, salvo si la autorización es para: 1) llevando a cabo tratamientos relacionados con la investigación, 2) para obtener información con respecto a la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, 3) para determinar la obligación de la entidad a pagar una reclamación, o 4) para crear información de salud para proporcionar a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que hacerlo por escrito y enviarlo a la martin 3737 de salud información gerencias, Cardio médicos consultores grupo de servicios, Luther King Jr Blvd, Suite 401, Lynwood, CA 90262. La revocación llevará a efecto cuando el grupo de consultores médicos Cardio recibe, excepto en la medida en que grupo de consultores médicos cardiovasculares u otros ya han confiado en él.
- Tengo derecho a recibir una copia de la autorización.

Caducidad de la autorización

A menos que lo contrario revocada, esta autorización expira ____ (insertar la fecha aplicable de evento). Si no se indica ninguna fecha, la autorización caducará 12 meses después de la fecha de la firma.

A:

TIPO DE REGISTRO:

Por la presente solicito que mis registros médicos enviará al médico anterior.

FIRMA

(Firma del paciente o del paciente Representante Legal)

Fecha: _____

Nombre impreso

Tiempo: _____ AM/PM

Teléfono número incluya código de área

(Si firmado por alguien que no sea el paciente, su relación con el paciente/de la autoridad del estado)

Testigo (sólo si paciente no puede firmar) o intérprete