

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO  
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA  
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Identidad de género (opcional):  Hombre  Mujer  Otro: \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor que deriva: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Ninguna alergia que se sepa Enumere cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales.**

Alergia:	Reacción:

**MEDICAMENTOS**

No toma ningún medicamento

Enumere cualquier medicamento, vitamina, suplementos y medicinas de venta libre que toma, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

**HISTORIA MÉDICA**

Enumere todas las enfermedades para las cuales recibe tratamiento (hipertensión, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Si recibe diálisis ¿en dónde la recibe? \_\_\_\_\_ Frecuencia: L/M/V o M/J/S (marque con un círculo)

Nombre de su nefrólogo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

- Resultado anormal de una prueba de esfuerzo con ejercicio  Ecocardiograma anormal  Colesterol alto  
 Hipertensión

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Gender Identity (optional):**  Male  Female  Other: \_\_\_\_\_

**Preferred Pharmacy (name and location):** \_\_\_\_\_

**Primary Care Provider:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_

**Referring Doctor:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**

**No Known Allergies** List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

Allergy:	Reaction:

**MEDICATIONS**

**Not taking any medications**

List any medications, vitamins, supplements, and over the counter medications you are taking, with dose and how often.

Medication Name	Dose	How often?

**MEDICAL HISTORY**

List all medical conditions you are being treated for (high blood pressure, etc.)

1.	4.
2.	5.
3.	6.

If you are receiving dialysis, which facility? \_\_\_\_\_ Frequency: M/W/F or T/TH/SAT (please circle)

Nephrologist name: \_\_\_\_\_

Have you ever had any of the following?

Abnormal exercise test     Abnormal echocardiogram     High cholesterol     High blood pressure

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO  
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA  
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES**

Ninguna hospitalización o visita a Urgencias    Enumere cualquier hospitalización o visita a Urgencias reciente:

Fecha	

**HISTORIA QUIRÚRGICA**

Ninguna cirugía anterior    Enumere las cirugías y la fecha en que las tuvo.

Fecha	Tipo de cirugía	Fecha	Tipo de cirugía

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Enumere las enfermedades de cada miembro de la familia.

	Vivo	Fallecido	Edad del fallecimiento	Enfermedad(es)
Madre				
Padre				
Hermana				
Hermano				
Hija				
Hijo				

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Uso de tabaco/fumador:    Nunca \_\_\_\_\_  
    Actualmente \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
    Antes usaba \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

¿Bebe usted alcohol?    No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Usa drogas?                No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZATIONS**

No prior hospitalizations/ER visits List any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?

Date	

**SURGICAL HISTORY**

No prior surgeries List all prior surgeries and the date.

Date	Type of Surgery	Date	Type of Surgery

**FAMILY HISTORY**

List health conditions for each family member.

	Alive	Deceased	Age of Death	Health Condition(s)
Mother				
Father				
Sister				
Brother				
Daughter				
Son				

**SOCIAL HISTORY**

Tobacco/smoking status: Never \_\_\_\_\_  
 Current \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_  
 Former \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Duration \_\_\_\_\_  
 Do you use alcohol? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_  
 Do you use recreational drugs? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO  
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA  
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

¿En los últimos 30 días, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

GENERAL			GASTROINTESTINAL			PSIQUIÁTRICO		
Fatiga	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Fiebre reciente	Sí	No	Estreñimiento	Sí	No	Depresión	Sí	No
Aumento de peso	Sí	No	Cambios en la heces	Sí	No	Insomnio	Sí	No
Pérdida de peso	Sí	No	Diarrea frecuente	Sí	No	Pérdida de la memoria	Sí	No
<b>Oídos, nariz y garganta</b>			Pérdida del apetito	Sí	No	<b>PIEL</b>		
Secreción de los oídos	Sí	No	Náuseas	Sí	No	Descoloración	Sí	No
Dolor de oídos	Sí	No	Vómito	Sí	No	Caída del cabello	Sí	No
Secreción de los ojos	Sí	No	<b>GENITOURINARIO</b>			Comezón	Sí	No
Dolor de ojos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No	Sarpullido	Sí	No
Dolor de cabeza	Sí	No	Ardor o dolor al orinar	Sí	No	Lesiones de la piel	Sí	No
Ronquera	Sí	No	Micción frecuente	Sí	No	Venas varicosas	Sí	No
Úlceras bucales	Sí	No	Incontinencia	Sí	No	<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>		
Secreción nasal	Sí	No	Cálculos renales	Sí	No	Dolor de espalda (lumbar)	Sí	No
Sangrado de la nariz	Sí	No	Dificultades sexuales	Sí	No	Dolor de articulaciones	Sí	No
Pérdida del oído reciente	Sí	No	<b>METABÓLICO/ENDOCRINO</b>			Rigidez o inflamación de las articulaciones	Sí	No
Presión en los senos nasales	Sí	No	Intolerancia al frío	Sí	No	Dolor muscular	Sí	No
Dolor de garganta	Sí	No	Diabetes Tipo: _____	Sí	No	Debilidad	Sí	No
Cambios de la vista	Sí	No	Sudoración excesiva	Sí	No	<b>SANGUÍNEO</b>		
<b>RESPIRATORIO</b>			Sed excesiva	Sí	No	Anemia	Sí	No
Asma	Sí	No	Intolerancia al calor	Sí	No	Moretones con facilidad	Sí	No
Tos	Sí	No	Pérdida de peso	Sí	No	Sangrado excesivo	Sí	No
Dificultad para respirar	Sí	No	<b>NEUROLÓGICO</b>			Trasfusiones sanguíneas pasadas	Sí	No
Sibilancia	Sí	No	Dificultad para caminar	Sí	No	Flebitis	Sí	No
<b>CARDIOVASCULAR</b>			Mareos	Sí	No	Ganglios linfáticos inflamados	Sí	No
Dolor de pecho (torácico)	Sí	No	Dolores de cabeza	Sí	No			
Problemas cardíacos	Sí	No	Entumecimiento	Sí	No			
Latidos cardíacos irregulares	Sí	No	Parálisis	Sí	No			
Hinchazón de los pies, tobillos o manos	Sí	No	Convulsiones	Sí	No			
			Infarto cerebral	Sí	No			
			Temblores	Sí	No			

¿Tiene usted o ha tenido alguna otra enfermedad que no esté mencionada en el cuestionario? Si es así explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
CARDIOTHORACIC SURGERY**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS**

In the last thirty days, have you experienced any of the following:

CONSTITUTIONAL			GASTROINTESTINAL			PSYCHIATRIC		
Fatigue	Yes	No	Abdominal pain	Yes	No	Anxiety	Yes	No
Recent fever	Yes	No	Constipation	Yes	No	Depression	Yes	No
Weight gain	Yes	No	Change in stools	Yes	No	Insomnia	Yes	No
Weight loss	Yes	No	Frequent diarrhea	Yes	No	Memory loss	Yes	No
HEENT			Loss of appetite	Yes	No	SKIN		
Ear drainage	Yes	No	Nausea	Yes	No	Discoloration	Yes	No
Ear pain	Yes	No	Vomiting	Yes	No	Hair loss	Yes	No
Eye discharge	Yes	No	GENITOURINARY			Itching	Yes	No
Eye pain	Yes	No	Blood in urine	Yes	No	Rash	Yes	No
Headache	Yes	No	Burning / pain with urination	Yes	No	Skin lesion	Yes	No
Hoarseness	Yes	No	Frequent urination	Yes	No	Varicose veins	Yes	No
Mouth sores	Yes	No	Incontinence	Yes	No	MUSCULOSKELETAL		
Nasal drainage	Yes	No	Kidney stones	Yes	No	Back pain	Yes	No
Nose bleeds	Yes	No	Sexual difficulty	Yes	No	Joint pain	Yes	No
Recent hearing loss	Yes	No	METABOLIC/ENDOCRINE			Joint stiffness/swelling	Yes	No
Sinus pressure	Yes	No	Cold intolerance	Yes	No	Muscle pain	Yes	No
Sore throat	Yes	No	Diabetes	Yes	No	Weakness	Yes	No
Vision changes	Yes	No	Type: _____			HEMATOLOGIC		
RESPIRATORY			Excessive sweating	Yes	No	Anemia	Yes	No
Asthma	Yes	No	Excessive thirst	Yes	No	Easy bruising	Yes	No
Cough	Yes	No	Heat intolerance	Yes	No	Excessive bleeding	Yes	No
Shortness of breath	Yes	No	Weight loss	Yes	No	Past blood transfusion	Yes	No
Wheezing	Yes	No	NEUROLOGICAL			Phlebitis	Yes	No
CARDIOVASCULAR			Difficulty walking	Yes	No	Swollen glands	Yes	No
Chest pain	Yes	No	Dizziness	Yes	No			
Heart trouble	Yes	No	Headaches	Yes	No			
Irregular heartbeat	Yes	No	Numbness	Yes	No			
Swelling of feet, ankles or hands	Yes	No	Paralysis	Yes	No			
			Seizures	Yes	No			
			Stroke	Yes	No			
			Tremors	Yes	No			

Do you have or have you had any illness not previously referred to in this questionnaire? If yes, explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**