**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES MÉDICOS:** 🞎Fiebre reumática 🞎Escarlatina 🞎Soplo cardíaco

🞎Hipertensión arterial 🞎Diabetes 🞎Colesterol alto/malo

🞎Enfermedad pulmonar/asma 🞎Enfisema/EPOC 🞎Accidente cerebrovascular 🞎Problemas de hemorragias

🞎Convulsiones

🞎Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Ninguna de las opciones anteriores

🞎Cirugías previas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** 🞎Hipertensión arterial 🞎Diabetes 🞎Colesterol alto

🞎Coronariopatía 🞎Infarto de miocardio 🞎Angina de pecho   
🞎Cirugía de derivación vascular

🞎Muerte súbita 🞎Insuficiencia cardíaca 🞎Accidente cerebrovascular 🞎Convulsiones

🞎Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Ninguna de las opciones anteriores

**ANTECEDENTES SOCIALES:** 🞎Casado 🞎Soltero 🞎Divorciado 🞎Viudo

Ocupación:

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

¿Tiene alguna de las siguientes conductas?

Fumar: 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fue fumador en algún momento? 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beber café/refrescos/té: 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿cuántas tazas por día? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Las consumió en algún momento? 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿cuántas tazas por día? \_\_\_\_\_\_\_\_

Consumir alcohol: 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿en qué cantidad y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Lo consumió en algún momento? 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿en qué cantidad y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consumir drogas ilegales: 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿de qué droga se trata? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Las consumió en algún momento? 🞎No 🞎Sí Si respondió afirmativamente, ¿de qué droga se trataba? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Marque todas las opciones que correspondan**

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:**

1. 🞎Pérdida de la audición 🞎Cambios en la visión 🞎Cambios en el gusto 🞎Cambios en el olfato 🞎Ninguna de las opciones anteriores

2. ¿Ha experimentado lo siguiente?

🞎Escalofríos 🞎Fiebre 🞎Sudoración 🞎Pérdida o aumento de peso reciente 🞎Ninguna de las opciones anteriores

3. 🞎Tos 🞎Esputo 🞎Tos con sangre 🞎Sibilancia 🞎Ninguna de las opciones anteriores

4. 🞎Vómito con sangre 🞎Dolor o dificultad al tragar 🞎Sangre en las heces

🞎Heces alquitranosas 🞎Diarrea crónica 🞎Ninguna de las opciones anteriores

5. 🞎Problemas urinarios 🞎Disfunción eréctil 🞎Menstruaciones irregulares

🞎Sangrado anormal 🞎Ninguna de las opciones anteriores

6. 🞎Artritis 🞎Reuma 🞎Enfermedad de disco intervertebral 🞎Dolor muscular

🞎Dolor en las articulaciones 🞎Ninguna de las opciones anteriores

7. 🞎Facilidad para sangrar 🞎Hematomas 🞎Ninguna de las opciones anteriores

8. 🞎Manos y pies calientes o fríos 🞎Problemas de equilibrio 🞎Cefaleas crónicas

🞎Debilidad 🞎Ninguna de las opciones anteriores

9. 🞎Dolor o inflamación en los ganglios linfáticos 🞎Ninguna de las opciones anteriores

10. 🞎Ampollas que no se curan correctamente 🞎Ninguna de las opciones anteriores

11. 🞎Ansiedad 🞎Depresión 🞎Ninguna de las opciones anteriores

12. 🞎Dificultad para dormir 🞎Somnolencia durante el día 🞎Apnea del sueño

🞎Ronquidos fuertes 🞎Ninguna de las opciones anteriores

Otros:

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