



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

FORMAS DE PACIENTE NUEVO

FECHA: _____

NOM. DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ FECH. DE NAC: _____ SEXO: Masculino Femenino

DOCTOR QUE LO RECOMENDÓ: _____

DIRECCIÓN: _____

PROBLEMA DE SALUD ACTUAL:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Examen físico (+) positivo o anormal

Iniciales del paciente ...



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

Marque todas las opciones que necesité (√)

HISTORIA MÉDICA	Si	No
HIPERTENSIÓN	_____	_____
DIABETES	_____	_____
ANGIOPLASTIA/ ESTENT	_____	_____
COLOCACIÓN DE BYPASS CORONARIO	_____	_____
ATAQUE AL CORAZÓN	_____	_____
ENFERMEDAD DE ARTERIA CORONARÍA	_____	_____
PROBLEMAS PULMONARES	_____	_____
ASMA	_____	_____
DERRAME CEREBRAL/ APOPLEJÍA	_____	_____
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	_____	_____
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	_____	_____
EMBOLISMO PULMONAR	_____	_____

Historia quirúrgica incluye todas las cirugías que ha tenido y fecha

Historia Familiar:

Ninguna

- _____ Hipertensión
- _____ DIABETES
- _____ Ataques al corazón
- _____ SÚBITA MUERTE
- _____ ENFERMEDADES CRÓNICAS PULMINARY OBSTRUCTIVA
- _____ ASMA
- _____ CÁNCER

Iniciales del paciente ...



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

Historia Social:

OCUPACIÓN: _____

CONSUME ALCOHOL: Si CANTIDAD _____ NO

Factores de Riesgo:

	Si		No
HISTORIA FAMILIAR DE CAD	_____		_____
COLESTEROL ALTO	_____		_____
FUMA / CUANTOS CAJETILLAS AL DIA	_____	AÑOS	_____
VIDA SEDENTARIA	_____		_____
PERSONALIDAD TIPI "A"	_____		_____
HIPERTENSIÓN	_____		_____
DIABETES	_____		_____

Alergias a algún medicamento:

Alergias al tinte de yodo:

SI NO NO SE



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

Revisión de Sistemas:

Marque todas las opciones que necesité (✓)

General:

<input type="checkbox"/>	Aumento de Peso	<input type="checkbox"/>	Perdida de Peso	<input type="checkbox"/>	Sudores Nocturnos
<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	Roncar	<input type="checkbox"/>	Sueño Inquieto

Ojos:

<input type="checkbox"/>	Cambio en Enfoque Visual	<input type="checkbox"/>	Visión Doble	<input type="checkbox"/>	Desenfoqu
<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	

Orrorino:

<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	Perdida de Oído	<input type="checkbox"/>	Descarga Nasal
<input type="checkbox"/>	Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>	Nódulos Linfáticos Inflamados	<input type="checkbox"/>	

Cardiovascular:

<input type="checkbox"/>	Dolor en el Pecho	<input type="checkbox"/>	Síncope (desmayo)	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones
<input type="checkbox"/>	Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	

Respiratorio:

<input type="checkbox"/>	Respiración Corta	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Toz
<input type="checkbox"/>	Flema	<input type="checkbox"/>	Espujo	<input type="checkbox"/>	

Gastrointestinal:

<input type="checkbox"/>	Cambio en ritmo de evacuación	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	Problemas del hígado
<input type="checkbox"/>	Evacuación con irritación	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	Pólipos

Genittourinario:

<input type="checkbox"/>	Enfermedades en Los Riñones	<input type="checkbox"/>	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	Problemas en la Vejiga
<input type="checkbox"/>	Impotencia	<input type="checkbox"/>	Problemas en la Próstata	<input type="checkbox"/>	

Musculoesekeletal:

<input type="checkbox"/>	Enfermedad en Los Huesos	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Caídas
<input type="checkbox"/>	Traumas	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	

Extremiddes:

<input type="checkbox"/>	Dolor en las Piernas al Caminar (Claudicación)	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en los Tobillos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cambio de temperature	<input type="checkbox"/>	

Psiquiátrico:

<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Bipolar	<input type="checkbox"/>	Hospitalización
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Iniciales del paciente ...



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

Repaso de Signos Vital

Favor de contestar las siguientes preguntas y proveer al Doctor al llegar a la consulta

Control de Líquidos	Sí	No
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca?		
¿Se le hinchan los tobillos?		
¿Se le corta la respiración, por ejemplo si camina una corta distancia como del estacionamiento a la oficina?		
¿Ha sido hospitalizado o ha tenido algún procedimiento en su corazón?		
¿Se le ha cambiado su medicamento para insuficiencia cardiaca o diurético recientemente?		
¿Se levanta en las noches no pudiendo respirar?		
¿Tiene que dormir con más de una almohada para respirar mejor en la noche?		

Determinación de causas al no poder respirar	Sí	No
¿En ratos tiene problemas para respirar?		
¿Tiene combinación de problemas cardiacos y pulmonares?		

Resistencia a la hipertensión o presión alta	Sí	No
¿Alguna vez le han dicho que tiene presión alta?		
¿Usted toma diuréticos para su presión alta?		
¿Usted toma por lo menos 3 medicamentos para presión alta?		

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Nota para el personal médico: Si el paciente responde Sí a una o varias de las preguntas anteriores del SVE, a continuación, realizar la BioZ (ampliado signo vital) antes de que el paciente es visto por MD lugar y el informe de situación y un cuestionario en el gráfico.

Iniciales del paciente ...



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

FECHA: _____

Doctor Familiar: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL: _____ TEL DEL TRABAJO: _____ CELLULAR: _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO : _____ MENOR SOLTERO

CASADO

De SS _____ EMPLEO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TEL: _____

ASEGURANZA PRINCIPAL

¿TIENE MEDICARE? SI NO SI, SI CUAL ES EL NÚMERO: _____

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____ DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL. DE LA ASEGURANZA: _____ # DE GRUPO _____ #ID _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ RELACIÓN YO ESPOSO (A) HIJO OTRO

EMPLEADOR: _____ # DE SS _____ FECH. NAC: _____

ASEGURANZA ADICIONAL

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____ DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL. DE LA ASEGURANZA: _____ # DE GRUPO _____ #ID _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____ RELACIÓN YO ESPOSO (A) HIJO OTRO

EMPLEADOR: _____ # DE SS _____ FECH. NAC: _____

INFORMACION MEDICA

¿HA SIDO ATENDIDO POR EL DOCTOR ANTES? O SI O NO / SI ES SÍ ¿DÓNDE?: _____

Iniciales del paciente ...



Northwest Houston Heart Center

A. Adnan Aslam, MD, FACC, FSCAI

308 Holderrieth, Tomball, Texas 77375 - Tel: 281.351.4911 - Fax: 281.351.4915

Principales quejas:

LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

EXAMEN FÍSICO: (+) positivos o anormales de