



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

## NUEVAS FORMAS DE PACIENTES

FECHA: \_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

REFIRIÉNDOSE DOCTOR: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es la razón principal para que usted pueda ver Cardiólogo en esta visita?**

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

**Si usted tiene algún síntoma anormal, por favor explique brevemente aquí:  
Los medicamentos actuales con Dosis:**

Por favor anótelos aquí o darles al personal cuando te metes en la habitación de examen:

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

*Nota: Si ya ha llenado la historia social y familiar, su historia médica pasada, y la revisión de las secciones de los síntomas en nuestro portal web, no es necesario para completar las páginas 2 a 4 de este paquete.*

*Inicial del paciente:* \_\_\_\_\_



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

**Marque todo lo que corresponda (✓)**

S.No.	Historial Médico	Sí	No	No sé
1.	Enfermedad de las Arterias Coronarias			
2.	Ataque del corazón			
3.	Paro cardíaco			
4.	La angioplastia o stent de las arterias del corazón			
5.	Derivación de la Arteria Coronaria			
6.	Enfermedad Vascular Periférica (PAD o PVD)			
7.	La angioplastia o stent de arterias de las piernas			
8.	Carótidas estenosis (obstrucción)			
9.	Cirugía de la arteria carótidas o Stent			
10.	Aneurisma aórtico abdominal			
11.	Carrera			
12.	La fibrilación auricular o flúter auricular			
13.	Diabetes			
14.	Colesterol Alto			
15.	Hipertensión			
16.	La colocación de marcapasos			
17.	Desfibrilador Colocación			
18.	Insuficiencia Cardíaca Congestiva			
19.	Asma			
20.	EPOC			
21.	Los coágulos de sangre en los pulmones (embolia pulmonar)			
22.	Los coágulos de sangre venas de las piernas (trombosis venosa profunda)			
23.	Anomalías de la tiroidea			
24.	Cualquier otro antecedente clínico significativo o quirúrgico			

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

308 Holderrieth Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
*(inside Methodist Willowbrook Hospital)*

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

Página 2 de 11

**Marque todo lo que corresponda (√)**

Historia Familiar	Sí	Relación	No	No sé
Ataque del corazón				
Corazón de stent o cirugía de bypass				
La muerte cardiaca súbita				
Carrera				
Cirugía de la arteria carótida				
Insuficiencia Cardiaca Congestiva				
Cualquier otra historia Heart significativa				
La colocación de marcapasos				
Cáncer				

### Historia Social:

¿Está usted casado?  SI  NO

¿Fuma usted actualmente?  SÍ ¿Cuántos cigarrillos / día \_\_\_\_\_  NO

¿Alguna vez has sido un fumador?  SÍ ¿Cuántos / día \_\_\_\_\_ ¿cuánto tiempo \_\_\_\_\_  NO

¿Actualmente, beber alcohol?  SÍ ¿Cómo mucho \_\_\_\_\_ la frecuencia \_\_\_\_\_  NO

¿Usa drogas recreativas?  SI  NO

Ocupación: \_\_\_\_\_

**Hospitalización reciente / Principales procedimientos diagnósticos:**  SI  NO

En caso afirmativo, indique cuándo, dónde, y la razón para la hospitalización:

**Las alergias a algún medicamento:**  SI  NO

En caso afirmativo, indique el nombre de los medicamentos y el tipo de reacción que tuvo:

Alergia al tinte de yodo:  SI  NO  NO SABE

En caso afirmativo, describir el tipo de reacción que tuvo que teñir la exposición:

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

308 Holderrieth Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
(inside Methodist Willowbrook Hospital)

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

*Página 3 de 11*

No. S	Revisión de los Sistemas de	Descripciones
1.	<b>Constitucional</b>	aumento de peso, fiebre, sueño no reparador, pérdida de peso, los ronquidos, fatiga
2.	<b>Oftalmología</b>	cambio en la agudeza visual, visión doble, cataratas, visión borrosa, dolor en los ojos, pérdida de la visión
3.	<b>ENT</b>	mareos, secreción nasal, inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de audición, dolor de garganta
4.	<b>Cardiología</b>	dolor en el pecho, palpitaciones, soplo cardíaco, síncope o desmayo
5.	<b>Respiratorio</b>	falta de aire, asma, tos, flema
6.	<b>Gastroenterología</b>	intestino irritable, pólipos, el cambio en los hábitos intestinales, colitis, úlceras, enfermedades del hígado
7.	<b>GU</b>	enfermedades renales, problemas de la vejiga, incontinencia urinaria, problemas de próstata
8.	<b>Trastornos musculoesqueléticos</b>	hinchazón de las articulaciones, dolor en las articulaciones, calambres en las piernas, rigidez en las articulaciones, ciática, osteoporosis, fracturas, túnel carpiano
9.	<b>Psiquiatría</b>	alto nivel de estrés, depresión, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, la ansiedad
10.	<b>Endocrinología</b>	pérdida de peso, alteración del sueño, intolerancia al frío, intolerancia al calor, diabetes, alteraciones tiroideas
11.	<b>Neurología</b>	dolor de cabeza, hormigueo, entumecimiento, convulsiones, pérdida de memoria, mareos, trastorno de la marcha
12.	<b>Dermatología</b>	erupción cutánea, urticaria, cáncer de piel, hematomas frecuentes

308 Holderrith Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
*(inside Methodist Willowbrook Hospital)*

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • [www.houstonheartcenter.com](http://www.houstonheartcenter.com)



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_

Página 4 de 11

## EVALUACIÓN AMPLIADA SIGNO VITAL

Por favor, conteste las siguientes preguntas y proporcionar a su médico en el check-in.

<b>Fluid Management</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca congestiva?		
¿Tiene inflamación en el tobillo?		
¿Hay aumento de falta de aire, por ejemplo, caminar una distancia corta, como desde el estacionamiento a la oficina del médico 's?		
¿Ha sido hospitalizado o sometido a un procedimiento para su corazón desde su última visita?		
¿Ha tenido su medicamento insuficiencia cardíaca o diuréticos cambiado recientemente?		
¿Se despierta por la noche con falta de aliento?		
¿Ha tenido que dormir en más de una almohada para respirar cómodamente por la noche?		
<b>La determinación de la causa de la falta de aliento</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Tiene problemas para respirar a veces?		
¿Tiene una combinación de problemas cardíacos y pulmonares?		
<b>La hipertensión resistente o la presión arterial alta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Le han dicho que tiene la presión arterial alta?		
¿Está tomando un diurético (píldora de agua) para la presión arterial alta?		
¿Está tomando al menos tres medicamentos para la presión arterial alta?		

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Página 5 de 11

308 Holderrith Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
*(inside Methodist Willowbrook Hospital)*

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

## Factores de riesgo de PAD y pruebas CVI

¿Tiene alguno de los factores de riesgo, o condiciones médicas? Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a evaluar mejor su estado de salud vascular.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<i>Círculo "Sí" o "No"</i>			
1	Enfermedad de las Arterias Coronarias	Sí	No
2	Estenosis carotídea <input type="checkbox"/> H / <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> AIT	Sí	No
3	Diabetes	Sí	No
4	Hipertensión	Sí	No
5	Colesterol Alto	Sí	No
6	EPOC	Sí	No
7	Insuficiencia renal	Sí	No
8	Uso del Tabaco	Sí	No

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_



## ¿Necesito una prueba para CVI?

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es un problema circulatorio grave en la cual las venas de las piernas no puede bombear suficiente sangre de vuelta al corazón. Afecta a más de 2,5 millones de estadounidenses, la mayoría mayores de 40 años. Los síntomas de la IVC incluyen venas varicosas, problemas de la piel, hinchazón de piernas y tobillos, las pantorrillas y las piernas apretadas, que se sienten pesadas, cansado, inquieto o adolorido. Los factores que pueden aumentar el riesgo de CVI incluyen el embarazo, la obesidad, el tabaquismo, de pie o sentado por largos períodos de tiempo y no hacer suficiente ejercicio. Las respuestas a estas preguntas determinarán si usted está en riesgo de IVC y si un examen vascular nos ayudará a evaluar su estado de salud vascular.

<i>Círculo "Sí" o "No"</i>			
1	Son sus piernas hinchadas, dolorosas, rojas o calientes al tacto?	Sí	No
2	¿Ha tenido un coágulo sanguíneo en una vena que causa inflamación, dolor o irritación?	Sí	No
3	¿Tiene venas varicosas (venas que se agrandan o se hinchan y elevado por encima de la superficie de la piel) en las piernas?	Sí	No
4	¿Ha tenido una trombosis venosa profunda (TVP) en el pasado y está experimentando dolor, hinchazón, cambios en el color de la piel, celulitis o úlceras que no sanan?	Sí	No
5	¿Te piernas se sienten pesadas r, cansado, inquieto o molesto?	Sí	No
6	Si se pulsa sobre el pie hinchado tobillo o una pierna durante 10 segundos y suelte, ¿su huella dejar un hoyuelo?	Sí	No
7	Si sus pies, los tobillos y las piernas se hinchan, es la mirada de la piel estirada o brillante?	Sí	No
8	¿Tiene una úlcera en el interior de su tobillo?	Sí	No

Inicial del Paciente: \_\_\_\_\_



## ¿Necesito una prueba para el PAD?

La enfermedad arterial periférica (PAD) es un problema circulatorio grave en la cual la sangre vasos que llevan la sangre a los brazos, las piernas, el cerebro o los riñones, se estrechan o se obstruyen. Afecta a más de 8 millones de estadounidenses, la mayoría mayores de 50 años. Puede dar lugar a molestias en las piernas al caminar, mala cicatrización de las llagas / úlceras de pierna, dificultad para controlar la presión arterial, o los síntomas de un derrame cerebral. Las personas con EAP tienen un riesgo significativamente aumentado de accidente cerebrovascular y ataque cardíaco. Las respuestas a estas preguntas determinarán si usted está en riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudará a evaluar su estado de salud vascular.

<i>Círculo "Sí" o "No"</i>			
1	¿Tiene pies, pantorrillas, glúteos, cadera o muslo malestar (dolor, hormigueo, fatiga, calambres o dolor) al caminar que se alivia con el reposo?	Sí	No
2	¿Experimenta algún dolor en reposo en la pierna (s) o pies?	Sí	No
3	¿Siente dolor en el dedo del pie o que a menudo perturba tu sueño?	Sí	No
4	Son sus dedos o pies pálidos, descoloridos o azulado?	Sí	No
5	¿Tiene heridas en la piel o úlceras en los pies o los dedos de los pies que tardan en sanar (8-12 semanas)?	Sí	No
6	¿Su médico le ha dicho que usted tiene pedal disminuida o ausente (pie) pulsos?	Sí	No
7	¿Ha sufrido una lesión grave en la pierna (s) o pies?	Sí	No
8	¿Tiene una infección en la pierna (s) o los pies que pueden ser gangrena (tejido de piel negro)?	Sí	No

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

FECHA: \_\_\_\_\_ PCP: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medio Apellidos

SS # \_\_\_\_\_ ESTADO:  Individual  Casado  Otro \_\_\_\_\_

SEXO: Masculin  Femenino  IDIOMA:  Inglés  Español  Other \_\_\_\_\_

RACE:  blanco  hispanic  Negro / Afro American  Asiatic  Otro \_\_\_\_\_

ORIGEN ÉTNICO:  hispan  no hispano  se negó a presentarse

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_ Trabajo: Celular: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO:

¿Tiene Medicare  Sí  No Si  es sí, escriba NÚMERO: \_\_\_\_\_

NOMBRE SIN CO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

INS Co. Teléfono: \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ NOMBRE

DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN:  Ser  Cónyuge  Hijo  Otro \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE SECUNDARIA ADICIONAL:

NOMBRE SIN CO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

INS Co. Teléfono: \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

RELACIÓN:  Ser  Cónyugeo Hijo  Otro \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

## **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO**

### **Política Financiera del Paciente:**

Para evitar confusiones y malos entendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si usted tiene alguna pregunta sobre estas políticas, por favor hable con nuestro gerente de oficina. Estamos dedicados a brindar la mejor atención y servicio posible a nuestros pacientes.

### **Cargos y pagos:**

Compartimos sus preocupaciones por los crecientes costos de atención de salud. Nuestros honorarios representan los cargos usuales y habituales basados en las normas de la comunidad. Los pacientes tienen que pagar por los servicios profesionales en el momento de la visita. Nuestra política consiste en recoger este co-pago cuando usted llegue a su cita. Todas las formas de pago se aceptan como dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y tarjetas de crédito como MasterCard, Visa, American Express, Discover. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras tarifas, por favor siéntase libre de hablar con nosotros.

### **Seguro:**

Tenemos un contrato con la salud de muchos planes para aceptar una asignación de beneficios. Le enviaremos la factura de estos planes y requerirá que el paciente pague autorizado copagos, coseguros y deducibles en el momento en que se prestan los servicios. La responsabilidad del pago de los costos de atención médica es responsabilidad directa del paciente. Todos los pacientes son responsables de cargos que incluyen copagos, deducibles y coseguros. El saldo restante es debido en el plazo de un mes desde la notificación de la aseguradora. El paciente es responsable de obtener la autorización de su médico de atención primaria. El paciente es responsable de entender el proceso de autorización y el proceso de pago de su compañía de seguros.

### **Médico Autorización y Asignación de Beneficios:**

Por la presente autorizo Northwest Houston Heart Center a divulgar cualquier información médica y el diagnóstico solicitado por mi compañía de seguros y mis médicos tratantes. Entiendo que esta información incluirá, en su caso, todo el trabajo y pruebas, diagnóstico. Los planes de tratamiento que también incluye todos los análisis de sangre específicos y resultados de las pruebas de laboratorio, incluyendo pruebas de VIH para el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Asimismo, autorizo el pago directamente al médico asignado para las cuentas por pagar y quirúrgicos o médicos bajo mi plan por los servicios prestados a mí.

*Esta forma continúa en la página siguiente*

308 Holderrieth Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
(inside Methodist Willowbrook Hospital)

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • [www.houstonheartcenter.com](http://www.houstonheartcenter.com)



# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

*Página 10 de 11*

**Autorización para divulgar expedientes médicos:**

Le escribo para autorizar el noroeste de Houston Heart Center para obtener mi historial médico en mi nombre. Favor de enviar mi expediente médico por fax al 281-351-4915 o por correo a la siguiente dirección:

Houston noroeste Heart Center, PA  
308 HOLDERRIET H BOULEVARD  
Tomball, Texas, 77375-4536

**Avance Aviso al Beneficiario de No Cobertura (ABN):**

Usted está recibiendo esta notificación porque su compañía de seguros no puede pagar por todos los servicios que usted recibe durante sus visitas a nuestra oficina. Usted necesita leer este aviso para que usted pueda tomar una decisión informada acerca de su cuidado. Si su compañía de seguros se niega a pagar, entonces usted es completamente responsable por el pago total de los servicios prestados a usted en este establecimiento. Usted entiende que usted puede apelar esta decisión por falta de pago a su compañía de seguros. Mediante este aviso, usted se compromete a asumir la responsabilidad financiera por el costo de los suministros y servicios prestados a usted en su visita a nuestras instalaciones, si su compañía de seguros niega la cobertura de los mismos. Si usted no desea cualquier servicio no cubierto por su compañía de seguros, por favor infórmenos por escrito en el momento del check in

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Testigo Firma:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

308 Holderrieth Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
*(inside Methodist Willowbrook Hospital)*

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



---

# NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

---

A. ADNAN ASLAM  
MD, FACC, FSCAI

SAMUEL J. FERRIS  
MD, FACC

TAYYAB MOHYUDDIN  
MD, FACC

*Página 11 de 11*



308 Holderrieth Blvd.  
Tomball, TX 77375

18220 Tomball Parkway, Suite 205  
Houston, TX 77070  
*(inside Methodist Willowbrook Hospital)*

18230 FM 1488, Suite 201  
Magnolia, TX 77354

Phone: 281-351-4911 Fax: 281-351-4915 • [www.houstonheartcenter.com](http://www.houstonheartcenter.com)