

# Historial médico

## ***Instrucciones***

Para tratar su insuficiencia cardiaca de la mejor manera, el doctor necesita los detalles de su historial, que incluyen sus problemas médicos actuales y pasados, medicamentos, hábitos de salud e historial familiar. Por favor, responda las preguntas sobre cómo se siente de la mejor manera posible. La información sobre sus enfermedades pasadas se puede obtener de usted y de sus familiares.

***Mi nombre es:*** \_\_\_\_\_

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

***Mi número de teléfono es:*** \_\_\_\_\_

Primero, describa los problemas generales de salud que tiene que le molestan más. Díganos el qué, dónde y cuándo de sus problemas de salud. ¿Hay cosas que no puede hacer ahora que quisiera hacer?

**Patient Name** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible:

1. En general, ¿cómo diría usted que es su salud?

**Excelente**      **Muy buena**      **Buena**      **Regular**      **Mala**

2. ¿Cómo diría usted que es su salud comparada con la de hace un año?

**Mucho mejor**    **Algo mejor**      **Casi la misma**    **Algo peor**      **Mucho peor**

3. ¿Se siente usted limitado cuando realiza las siguientes actividades debido a su salud?

a. Actividades enérgicas, como correr, levantar objetos pesados o hacer deportes.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

b. Actividades moderadas, como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar a los bolos o al golf.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

c. Levantar o acarrear las bolsas con comestibles.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

d. Subir escaleras.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

e. Agacharse o arrodillarse.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

f. Caminar varias cuadras.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

g. Caminar una cuadra.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

h. Bañarse o vestirse solo.

**Sin limitación      Un poco limitado      Muy limitado      Nunca lo hago**

<b>Código</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
---------------	----------	----------	----------

4. En los últimos 4 meses, ¿cuánto ha interferido su salud con su nivel normal o deseado de trabajo o actividades sociales?

**Nada en absoluto      Ligeramente      Moderadamente      Bastante      Mucho**

<b>Código</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
---------------	----------	----------	----------	----------	----------

**Historial médico  
pasado**

¿Ha sufrido cualquiera de los siguientes problemas o enfermedades? En ese caso, ¿cuándo se detectó por primera vez?

<b>Enfermedad</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Alta presión sanguínea	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baja presión sanguínea	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardiaco	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (de pecho) o enfermedad coronaria cardiaca	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia o trastorno renal	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de ritmo cardiaco	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardiaco	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia o bajo contenido de hierro en la sangre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caídas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala circulación sanguínea	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma o problemas pulmonares	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial médico actual**

Por favor, enumere las enfermedades médicas que usted sufre ahora o para las cuales usted está recibiendo un tratamiento.

<b>Enfermedad</b>	<b>¿Cuándo comenzó?</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial psiquiátrico**

Por favor, enumere todas las enfermedades o tratamientos psiquiátricos que haya tenido, y la fecha aproximada de inicio de cada uno de ellos.

<b>Enfermedad o tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

***Cirugías***

Por favor, enumere todas las cirugías con la fecha de la intervención.

<b>Cirugía</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

***Hospitalizaciones***

Indique el motivo y el mes/ año de cualesquier hospitalizaciones en los últimos 10 años.

<b>Motivo</b>	<b>Mes/Año</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial familiar**

Por favor, indique cuáles de los miembros de su familia han tenido alguna de las siguientes enfermedades médicas (explique cuál es el vínculo familiar y el nombre de su pariente).

<b>Enfermedad</b>	<b>Familiar(es)</b>
Insuficiencia cardiaca/ataques cardiacos	_____
Muerte súbita	_____
Derrame cerebral	_____
Mala circulación sanguínea	_____
Colesterol alto	_____
Diabetes	_____
Obesidad	_____
Insuficiencia cardiaca	_____

**Hábitos de salud**

Si ha fumado alguna vez, ¿cuántos paquetes por día y por cuántos años?

Si ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo? 1976

¿Consumió drogas “de la calle” alguna vez?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí

¿Toma bebidas alcohólicas la mayoría de los días?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, ¿cuántos tragos por día, usualmente?

(1 trago es 1 cerveza, 6 onzas de vino o 2 onzas de licor)

\_\_\_\_\_

¿Ha consumido demasiado alcohol alguna vez (6 tragos por día o más)?

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Sí

**Historial de ejercicios**

En los últimos meses, ¿cuánto tiempo pasó cada semana haciendo ejercicios al menos moderados?

< 15 min.      15 – 60 min.      60 – 120 min.      > 120 min.

*Un ejercicio moderado puede ser caminar, andar en bicicleta, nadar o hacer las tareas pesadas de la casa (pasar la aspiradora). Por ejemplo, 30 minutos por día, 3 veces por semana, deberían ser 90 minutos en total para esa semana.*

¿Qué tipo de actividades de ejercicio hace?

---

---

---

---

**Sal**

**Enfermedad** **Sí** **No**

¿Agrega usted sal antes de probar su comida?

¿Usualmente pone sal a la comida al servirla?

¿Come alimentos de la siguiente lista la mayoría de los días (sin considerar las versiones con bajo contenido de sal?

- Carnes procesadas (*embutidos para el almuerzo, tocino, salchichas*)
- Comidas rápidas
- Quesos
- Vegetales envasados
- Comidas preparadas ofrecidas por televisión u otras
- Papas fritas de copetín o galletas saladas
- Dulces o “*donuts*”



**Historial de medicamentos**

Por favor, enumere todas las medicinas **recetadas** que está tomando actualmente.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y veces por día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor, enumere todas las medicinas **de venta libre** que está tomando actualmente al menos una vez por semana.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y veces por día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Revisión de los  
síntomas**

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en los últimos meses? Por favor, describa brevemente cualesquier problemas, con las fechas aproximadas. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Deje la línea en blanco si el problema no ha ocurrido.

<b>Problema</b>	<b>Descripción, fecha(s)</b>
Falta de energía	_____
Somnolencia durante el día	_____
Mareos	_____
Desmayos	_____
Dolor o malestar de pecho	_____
Falta de aliento	_____
Tos	_____
Hinchazón de piernas	_____
Palpitaciones o arritmias	_____
Sudores nocturnos	_____
Dificultades para dormir	_____
Depresión o tristeza	_____
Micción frecuente o nocturna	_____
Confusión	_____
Aumento o bajada repentino de peso	_____
Pérdida del apetito	_____
Dolores en las coyunturas o artritis	_____
Disfunción sexual	_____
Intolerancia al calor	_____
Duerme con dos almohadas	_____