

Northeast Georgia Physicians Group – Gainesville
Cirujanos torácicos y cardiovasculares

Cuestionario de consulta para los pacientes

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Nombre del médico que visita hoy: _____

Nombre del cardiólogo: _____ Médico de atención primaria: _____

Oncólogo (si corresponde): _____

¿Se ha hecho alguna de las siguientes pruebas? Si la respuesta es sí, indíquenos **dónde** y **cuándo**:

Cateterismo cardíaco – Dónde _____ Cuándo _____

Ecocardiograma – Dónde _____ Cuándo _____

Radiografía de tórax – Dónde _____ Cuándo _____

Tomografía computarizada – Dónde _____ Cuándo _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Infección de las válvulas |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre anterior |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Coágulos en sus PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> Venas varicosas | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca anterior | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Accidente isquémico transitorio (AIT) | <input type="checkbox"/> Coágulos en sus PULMONES |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Cáncer |

Alergias (indique todas): _____

CIRUGÍAS ANTERIORES: (Indique la fecha si corresponde)

Amigdalectomía: _____ Vesícula biliar: _____

Próstata: _____ Cerebro: _____

Corazón: _____ Apendicectomía: _____

Derivación femoropoplítea: _____ Pulmón: _____

Riñón: _____ Carótida: _____

¿Toma usted un anticoagulante? Sí No Si la respuesta es sí, indique cuál _____

¿Fuma? Sí No Si dejó de fumar, ¿cuándo? _____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos paquetes fuma al día? _____

¿Cuántos años tiene de fumar? _____

¿Bebe alcohol? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuánto bebe? (Marque UNO): Pocas veces Socialmente Frecuentemente

Indique TODOS los medicamentos, incluida la dosis y frecuencia:

_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
_____	Dosis: _____	Frecuencia: _____