



Cirujano:

 Argenziano Naka Williams Oz Smith Stewart Takayama**Hospital New York Presbyterian**  
**Cirugía Cardiorádica****Historia Clínica del Paciente**

MRN

Fecha

(Date)

0 0 0 5 1

**Escriba claramente LETRA DE MOLDE****Marque los óvalos con una: X**

Apellido (last name) \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_

Nombre de pila (first name) \_\_\_\_\_

Dirección (address) \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad (city) \_\_\_\_\_ Estado (state) \_\_\_\_\_ Código postal (zip code) \_\_\_\_\_

Email @ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Télefono de la casa (home phone) \_\_\_\_\_

Télefono del trabajo (work phone) \_\_\_\_\_

Estado civil (marital status)  
 Soltero/a  Casado/a  
 Divorciado/a  Viudo/a

Occupación \_\_\_\_\_ M F

Edad (age) \_\_\_\_\_ Estatura (height) ' " \_\_\_\_\_ Peso (weight) lbs \_\_\_\_\_ Sexo (sex)

Cardiólogo (cardiologist) \_\_\_\_\_

Médico que le refirió (referring physician) \_\_\_\_\_

**Motivo de la visita** (Reason for visit)

Reparación de un defecto congénito (congenital defect repair)  Reparación de un aneurisma (aneurysm repair)  Cirugía de válvula (valve repair)

Evaluación diagnóstica (diagnostic evaluation)  Cirugía de derivación (Bypass)  Otro (other) \_\_\_\_\_

**Alergias** (Allergies)

Penicilina (penicillin)  Medio de contraste (contrast dye)  Mariscos (shellfish)  Sulfa (sulfur)  Látex  Yodo (iodine)

Ninguna alergia conocida a medicamentos o látex (no known drug/latex allergies)

Otro (other): \_\_\_\_\_

Otro (other): \_\_\_\_\_

**Fuma /Uso de bebidas alcohólicas** (Smoking/Alcohol Use)

**Si No**

¿Usa tabaco en la actualidad? (do you smoke?)   Cuántas cajetillas al día (# packs per day)   Cuántos años ha fumado (# years smoked)

¿Ha dejado de fumar? (did you stop smoking?)   Mes/Día/Año (mo/day/yr)       Cajetillas al día (# packs per day)   Cuántos años fumó (# years smoked)

¿Usa drogas en la actualidad? (drug use?)   Describa \_\_\_\_\_

¿Tomas bebidas alcohólicas? (alcohol use?)   Raras veces (Rarely) Cantidad de tragos/Día (drinks per day)   Cantidad de tragos/Semana (drinks per week)

**Current Vitamins/Supplements**

Ácido fólico (folic acid)  Multivitamina  Otro (other): \_\_\_\_\_

Hierro (iron)  Vitamina E  Otro (other): \_\_\_\_\_



Ponga los números en las casillas. Por ejemplo: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9**      0 0 0 5 2

Medicamentos (medications)	Dosificación por pastilla		Veces/Día	(dosage, times per day)
Nexium 20 mg    40 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Atenolol Tenormin    25 mg    50 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Lopressor (metoprolol)    50 mg    100 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Diovan (valsartan)    80 mg    160 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Lipitor (atorvastatin)    20 mg    40 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Hydrochlorothiazide (HCTZ)    25 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Lanoxin (digoxin)    0.125 mg    0.25 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Furosemide (Lasix)    40 mg    80 mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Potasio (potassium)    10 meq    20 meq	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/>	meq	<input type="text"/>
Aspirina (Ecotrin)    81mg    325mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Plavix (clopidogrel)    75mg	Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Coumadin (warfarin)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (mon)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (tues)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (wed)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (thurs)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (fri)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (sat)	<input type="text"/> <input type="text"/> mg (sun)

Con las comidas O  
Unidades AM Unidades PM Unidades según necesarias

Insulina 1. (insulin 1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Insulina 2. (insulin 2)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Enumere los otros medicamentos que toma (please list your other medications here)      Dosificación por pastilla (dosage per tablet)      Veces/Día (times/day)

Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>
Otro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg	<input type="text"/>



Mes      Dia      Año



Sírvase ingresar las fechas aquí usando el formato siguiente: **01-01-07** 00053

**Medicamentos anteriores** (past medications)

**Enumere todos los medicamentos que ha dejado de tomar durante este año pasado:**  
(please list any medications you have been on in the last year)

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Ponga una X al lado de cualquiera de las pruebas o procedimientos que le hayan hecho:**

(please mark X next to any of the following tests or procedures you have had)

	Mes month	Día day	Año year	¿Dónde le hicieron la prueba/ procedimiento? (where did you have the test/procedure?)
Echocardiograma <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Prueba de esfuerzo cardíaco <input type="checkbox"/> (stress test)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Cateterización cardíaca <input type="checkbox"/> (cardiac catheterization)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Cirugía cardíaca previa <input type="checkbox"/> (previous heart surgery)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Angioplastia <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Colocación de stent <input type="checkbox"/> (stenting)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Marcapasos <input type="checkbox"/> (pacemaker)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
Desfibrilador (AICD) <input type="checkbox"/> (defibrillator)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Marca (make)           Modelo (model)

Fecha del último cambio de generador:        
(Date of last generator change:)

**Enumere todas las otras cirugías y las fechas aquí:**

(List All Other Surgeries and Dates Here)

	Mes	Día	Año
Cirugía: _____ (surgery)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirugía: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





Sírvase ingresar las fechas aquí usando el formato siguiente: **Mes** **Día** **Año** 0 1 - 0 1 - 0 7 0 0 0 5 4

**Fecha en que ocurrió primero**  
(date of first occurrence)

	Si	No	Fecha en que ocurrió primero		
			Mes	Día	Año
<b>Soplo en el corazón</b> (heart murmur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Endocarditis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Fiebre reumática</b> (rheumatic fever)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ritmo cardíaco irregular</b> (irregular heart rhythm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Presión arterial alta</b> (high blood pressure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Colesterol elevado</b> (Elevated Cholesterol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ataque al corazón</b> (heart attack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Insuficiencia cardíaca congestiva</b> (congestive heart failure (CHF) )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Electrocardiograma anormal</b> (Abnormal EKG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Inflamación del tobillo</b> (ankle swelling)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Dolor en el pecho</b> (chest pain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Si respondió "sí", en reposo</b> (if yes, at rest)	<input type="radio"/>	<b>con el ejercicio</b> (w/ exercise)
<b>Falta de aire</b> (shortness of breath)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Si respondió "sí", en reposo</b> (if yes, at rest)	<input type="radio"/>	<b>con el ejercicio</b> (w/ exercise)
				<input type="radio"/>	<b>mientras duerme</b> (while asleep)
				<input type="radio"/>	<b>mientras duerme</b> (while asleep)

**Historia de problemas pulmonares** (history of problems with your lungs)

Si	No	Si	No			
<b>Tos crónica</b> (chronic cough)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Radiografía de tórax anormal</b> (abnormal chest x-ray)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Bronquitis</b> (bronchitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Usa inhaladores</b> (use inhalers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Emfisema</b> (emphysema)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Toma esteroides en la actualidad</b> (currently take steroids)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Asma</b> (asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Ha tomado medicamentos esteroides</b> (took steroids in past)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Última vez usado</b> (date of last use)
<b>Pulmonía</b> (pneumonia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>¿Pruebas de la función pulmonar?</b> (pulmonary function tests?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Cuándo</b> (when)
<b>EPOC (COPD)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>¿Dónde le hicieron la prueba?</b> (where did you have the test?)	_____		
<b>Cáncer del pulmón</b> (lung cancer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<b>Otra historia:</b> (other history)	-----					
<b>Otra historia:</b>	-----					





Mes Dia Año



Sírvase ingresar las fechas aquí usando el formato siguiente: X       0 0 0 5 5

**Historia de problemas con las arterias/ venas/ circulación**

(History of problems with you arteries/veins/circulation)

	<b>Si</b>	<b>No</b>			
<b>Le salen moretones con facilidad</b> (easy bruising)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Problemas de la sangre/ coagulación</b> (problems with your blood/clotting)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Calambres en las piernas cuando camina</b> (leg cramps w/ walking)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Anemia falciforme</b> (sickle cell anemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Tendencia a sangrar</b> (bleeding tendency)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mes</b>	<b>Dia</b>	<b>Año</b>
<b>Transfusión previa</b> (previous transfusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Pierna** (leg)

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>D</b>	<b>I</b>			
<b>Várices</b> (varicose veins)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
<b>Extirpación de venas</b> (vein stripping)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mes</b>	<b>Dia</b>	<b>Año</b>
<b>Cirugía cardíaca con cosecha de venas de la pierna</b> (heart surgery w/ leg vein harvest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Otra historia:** \_\_\_\_\_  
(other history)

**Otra historia:** \_\_\_\_\_

**Historia de problemas de los riñones/ vejiga/ próstata** (history of your problems with kidney/bladder/prostate)

	<b>Si</b>	<b>No</b>								
<b>Orina con frecuencia</b> (frequent urination)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Enfermedad de la próstata</b> (prostate disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Dificultad al orinar</b> (difficulty urinating)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Cálculos (piedras) renales</b> (kidney stones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Infecciones frecuentes de las vías urinarias</b> (frequent urinary tract infections)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Enfermedad de los riñones</b> (kidney disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>L</b>	<b>Ma</b>	<b>Mi</b>	<b>J</b>	<b>V</b>
			<b>Diálisis</b> (dialysis?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>S</b>	<b>D</b>			
			<b>¿Con qué frecuencia?</b> (how often?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Cirugía el:** **Mes** **Dia** **Año**  
(surgery on)

**Próstata**

**Vejiga**

(prostate)

(bladder)

**Otra historia:** \_\_\_\_\_  
(other history)

**Otra historia:** \_\_\_\_\_





Marque los óvalos con una: **X**

0 0 0 5 6



**Historia de problemas con el hígado/ sistema gastrointestinal/ estómago**

(history of problems with your liver/GI system/stomach)

<b>Úlceras</b> (ulcers)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	<b>Ictericia</b> (jaundice)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>				
<b>Úlceras Sangrantes</b> (bleeding ulcers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Pancreatitis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	
<b>Sangre en las heces fecales</b> (blood in stool)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hepatitis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Otra historia:</b> (other history)	-----								
<b>Otra historia:</b>	-----								

**Historia de problemas con el sistema neurológico/ músculo esquelético**

(history of problems with your neurological/musculoskeletal system)

<b>Artritis</b>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	<b>Desmayos</b> (fainting)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
<b>Debilidad muscular</b> (muscular weakness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Convulsiones</b> (seizures)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Mes</b>	<b>Dia</b>	<b>Año</b>
<b>Lesión en el cuello/ espalda</b> (neck/back injury)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Ataque cerebral</b> (stroke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Fecha</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Describe la lesión al cuello/ espalda**  
(description of neck/back injury) -----

**Otra historia:**  
(other history) -----

**Otra historia:** -----

**Otra historia clínica:** (other medical history)

<b>Lentes</b> (glasses)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	<b>Dientes flojos/ausentes/con fundas/astillados</b>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	<b>Dentadura postiza o puentes:</b> (dentures or bridges)	
<b>Lentes de contacto</b> (contacts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Desmontables</b> (removable)	<b>Permanentes</b> (permanent)
<b>Glaucoma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Cáncer</b>	Tipo -----
<b>Problemas de audición</b> (hearing problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Diabetes</b>	
<b>Gota</b> (gout)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Fecha diabetes diagnosticada</b>	Month <input type="text"/> <input type="text"/> Day <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Enfermedad de la tiroides</b> (thyroid disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Diabetes Controlada con:</b> (diabetes controlled w/)	
<b>Extrema ansiedad</b> (extreme anxiety)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<b>Controlada con la dieta</b>	<b>Medicamentos orales</b>
<b>Enfermedad psiquiátrica</b> (psychiatric illness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				(diet controlled)	(oral meds)
<b>Otra historia:</b> (other history)	-----						
<b>Otra historia:</b>	-----						



**Historia clínica de la familia**

	<b>Vive</b> (alive)	<b>Falleció</b> (deceased)	<b>Edad</b> (age)	<b>Marque si se ha diagnosticado enfermedad del corazón</b> (mark if diagnosed with heart disease)	<b>Causa de la muerte</b> (cause of death)
<b>Madre</b> (mother)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<b>Padre</b> (father)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<b>Hermano(s)</b> (brothers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<b>Hermana(s)</b> (sisters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

**SÍRVASE AÑADIR ABAJO CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL HISTORIAL CLÍNICO**