

Cuestionario para el paciente

Llene las siguientes secciones según sean pertinentes a su visita de hoy:

DOLOR DE PECHO

1. ¿Ha presentado dolor de pecho recientemente? sí no *SI responde "sí," indique a continuación*
- Lugar en el pecho (marque todo lo que corresponda): lado derecho centro lado izquierdo
- ¿Está asociado el dolor de pecho con la actividad, el descanso o ambos?
- Si es con la actividad, ¿qué tipo de actividad? caminar correr subir escaleras todas estas actividades
- Duración del dolor (marque una): segundos minutos continuamente
- Intensidad del dolor (haga un círculo) Ninguno 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor posible
- Síntomas asociados (marque todo lo que corresponda): náuseas falta de aire vómito sudoración
- Nombres de medicamentos o acciones tomadas para aliviarlo:
- _____
- _____

FALTA DE AIRE

2. ¿Le ha faltado el aire recientemente? sí no *SI responde "sí," indique a continuación*
- ¿Está asociada la falta de aire con la actividad el descanso o ambos?
- Si es con la actividad, ¿qué tipo de actividad? caminar correr subir escaleras todas estas actividades
- ¿Presenta falta de aire cuando se acuesta boca arriba? sí no *SI responde "sí," indique a continuación*
- ¿Necesita apoyarse con almohadas? sí no *SI responde "sí," ¿cuántas almohadas? (haga un círculo)?* 1 2 3 4 5
- ¿Se despierta de repente cuando duerme sin poder respirar? sí no *SI responde "sí," ¿con qué frecuencia?*
- _____

LATIDOS IRREGULARES

3. ¿Ha presentado latidos cardíacos irregulares recientemente? sí no *SI responde "sí," indique a continuación*
- Duración (marque una) segundos minutos continuamente
- Síntomas asociados (marque todo lo que corresponda): náuseas aturdimiento mareos desmayo

HINCHAZÓN

4. ¿Ha notado alguna hinchazón? sí no *SI responde "sí," ¿dónde?* _____
- ¿Se ha asociado la hinchazón con síntomas de falta de aire? sí no
- ¿Ha aumentado de peso rápidamente por retención de líquido en las últimas dos semanas? sí no *SI responde "sí," ¿qué cantidad?* ___ libras

¿Ha acudido a una sala de emergencia recientemente? sí no *SI responde "sí," indique el hospital y la fecha de alta*

Hospital visitado: _____

Fecha de alta: _____

¿Debe renovar algún medicamento cardíaco? sí no
Puede recoger las renovaciones restantes en la farmacia local de su preferencia

¿Está relacionada esta visita con alguna autorización quirúrgica? sí no *SI responde "sí," indique el tipo de cirugía y nombre del cirujano*

Tipo de cirugía necesaria: _____

Nombre del cirujano: _____

Fecha de la cirugía: _____