

PATIENT'S NAME \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR ASSOCIATES  
Cardiovascular Asociados

PATIENT MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE  
Historia y Cuestionario médico del Paciente

TO OUR PATIENTS:  
Nuestros Pacientes:

While you are waiting, would you please be so kind as to fill out this health history questionnaire? It will help us focus down on important aspects of your present and past medical history. Details are not necessary as we will obtain these in person with you. Also, in many of the questions, don't labor over exact dates and ages. Approximate information will probably be sufficient.

Mientras que usted espera, puede ser tan amable de llenar el cuestionario e historia de salud? Esto nos ayudará a enfocarnos en su aspecto mas importante de su historia médica actual e historia médica pasada. Detalles no son necesarios porque nosotros obtendremos esta información con usted personalmente. No se preocupe en dar detalles exactos de fechas y edades. Información aproximada sera suficiente.

- | I. <u>CARDIOVASCULAR SYSTEM</u> Any history of:   | <u>NO</u> | <u>YES</u> |
|---|-----------|------------|
| <u>SISTEMA CARDIOVASCULAR</u> Hay historia de:  | <u>NO</u> | <u>Si</u>  |
| 1. Rheumatic fever or scarlet fever<br>Fiebre reumática o fiebre escarletina  | 1. _____  | _____      |
| 2. Polio or polio-like illness, or diphtheria<br>Polio o enfermedades como el polio o la difteria   | 2. _____  | _____      |
| 3. Blood infection<br>Infección de la sangre  | 3. _____  | _____      |
| 4. Heart attack (we'll get details in person)<br>Ataque del corazón( obtendremos los detalles en persona)   | 4. _____  | _____      |
| 5. Stroke<br>Embolio  | 5. _____  | _____      |
| 6. Fever illness with hot or painful or swollen joints<br>Enfermedad de fiebre con dolor e inflamación en las coyunturas                                | 6. _____  | _____      |
| 7. Pain or cramping of the legs with ordinary activity such as walking<br>Dolor o calambres en las piernas cuando hace actividades comunes como caminar | 7. _____  | _____      |
| 8. Kidney disease<br>Enfermedad en los riñones  | 8. _____  | _____      |
| 9. Blood clot problems or varicose veins<br>Problemas con coágulos de sangre o venas varicosas  | 9. _____  | _____      |

- |  |           |
|--|-----------|
| 10. Severe viral infection (not ordinary colds or flu, etc.)<br>Infección severa viral ( no gripes comunes o el flu) | 10. _____ |
| 11. Heart murmur<br>Soplo en el corazón  | 11. _____ |

**NO**      **YES**  
**NO**        **SÍ**

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Gout<br>Gota (Artritis hereditaria)   | 1. _____ |
| 2. Diabetes<br>Diabetes  | 2. _____ |
| 3. Cigarette smoking<br>Fumar cigarillos   | 3. _____ |
| 4. High blood cholesterol (blood fats)<br>Colesterol alto en la sangre (grasa sanguinea) | 4. _____ |
| 5. Thyroid disease<br>mal de la Tiroides   | 5. _____ |
| 6. High blood pressure<br>Alta presión   | 6. _____ |

Any History Of Or Significant Problem With:  
Historia o Problema Significante con:

**NO**      **YES**  
**NO**        **SÍ**

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Severe chest pain with exertion or physical activity (include chest heaviness, pressure, burning, aching, squeezing, dull pain or indigestion type pain)<br>¿ Dolor de pecho severo con ejercicio o actividad fisica (incluye pesadez en el pecho, presión, ardor, apretazón, dolor leve o un tipo de dolor como indegestión)? | 1. _____ |
| 2. Shortness of breath not appropriate for your age and physical condition<br>¿ Falta de respiración no apropiada para su edad y condición fisica?  | 2. _____ |
| 3. Waking up at night from a sound sleep with shortness of breath and/or chest pain<br>¿ Despertandose en la noche de un sueño profundo con falta de respiración o dolor en el pecho?   | 3. _____ |
| 4. Getting short of breath or chest pain when you lie down flat<br>¿Falta de respiración o dolor de pecho cuando se acuesta?  | 4. _____ |
| 5. Fainting spells where you drop to the floor<br>¿Desmayos que lo hace caer al piso?   | 5. _____ |
| 6. Lightheaded spell<br>¿Mareos?  | 6. _____ |
| 7. Chronic cough<br>¿Tos cronica?   | 7. _____ |

- |  |          |
|--|----------|
| 8. Significant problem with your heart pounding and racing and skipping beats<br>¿Problema significativo con latidos fuertes y rapidos del corazón y con falta de ritmo? | 8. _____ |
| 9. Significant swelling of your feet or ankles.<br>¿Hinchazón significativa en sus pies o tobillos?  | 9. _____ |
| 1. Were you born with any cardiac defects as far as you know<br>¿Que usted sepa, nació con algun defecto cardiaco?   | 1. _____ |
| 2. Any history of blue spells or turning very blue with exertion<br>¿Tiende en ponerse morado cuando se esfuerza mucho?  | 2. _____ |
| 3. Any childhood heart disease or limitations as far as you know<br>¿Que sepa usted, tuvo alguna enfermedad del corazón o limitación durante su niñez?                   | 3. _____ |

**II. PAST MEDICAL HISTORY**  
**HISTORIA DE SU SALUD EN EL PASADO**

1. Are you allergic to any medicine like Penicillin?  
¿Es alergico a alguna medicina como la Penicilina?  
\_\_\_\_\_
  
2. Have you had any operations?  
¿Ha tenido alguna operación?  
  - a. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
  
3. Have you had any serious medical illnesses (other than heart) requiring a doctor's care (for example pneumonia, cancer)?  
¿Ha tenido alguna enfermedad médica seria (a parte del corazón) que requiera el cuidado de un doctor (por ejemplo, pulmonia o cancer)?
  
4. Have you had any serious injuries?  
¿Ha tenido alguna lesión seria?  
  - a. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
  
5. Do you take any medicines prescribed by a doctor? if so, please list them (Don't forget hormones, birth control pills)  
¿Toma medicinas recetadas por un doctor? Si asi es, ¿cuales son? (No olvide mencionar hormonas y píldoras anticonceptivas)
  
6. Do you take any non-prescription medications? If so, list them.  
¿Toma usted medicinas que no son recetadas? si es asi cuales son
  
7. For what reasons have you had to be hospitalized in the past (and date)?  
¿Por cuales razones ha estado hospitalizado en el pasado (que fecha)?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_

- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_

8. **For Female Patients**  
**Para pacientes mujeres**

- a. Age when menstruation began \_\_\_\_\_  
 a. Edad cuando empezo la menstruación \_\_\_\_\_
- b. Age when menstruation ceased (If applicable) \_\_\_\_\_  
 b Edad cuando la menstruación termino (si es aplicable) \_\_\_\_\_
- c. Are your menstrual periods regular? \_\_\_\_\_  
 c. ¿Sus periodos mensuales son regulares? \_\_\_\_\_
- Excessive bleeding, cramping, or pain \_\_\_\_\_  
 ¿Sangrado excesivo, cólicos o dolor? \_\_\_\_\_
- d. How many pregnancies have you had? \_\_\_\_\_  
 d. ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

Any prematures, abortions, miscarriages, breech or Cesarean deliveries? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido aborto espontáneo, o abortos, breech (posicion incorreta del bebe?) o una cesaria? \_\_\_\_\_

**PERSONAL AND SOCIAL HISTORY**  
**HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**

- 1. How many years you been married? \_\_\_\_\_  
 ¿Por cuanto tiempo ha estado casado? \_\_\_\_\_
- 2. Religious preference \_\_\_\_\_  
 A que religión pertenece? \_\_\_\_\_
- 3. Military service \_\_\_\_\_  
 Servicio militar \_\_\_\_\_
- 4. Occupation \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_
- 5. How much education do you have? \_\_\_\_\_  
 Cuanto educación tiene? \_\_\_\_\_
- 6. Do you use alcohol? \_\_\_\_\_ If so, average use (per day, week, month, etc.) \_\_\_\_\_  
 ¿Toma alcohol? \_\_\_\_\_ Si es asi, por lo regular cuanto?( al dia, a la semana, al mes, etc.) \_\_\_\_\_

**FAMILY MEDICAL HISTORY**  
**HISTORIA MEDICA FAMILIAR**

- 1. Is your father still living? Age \_\_\_\_\_ State of Health \_\_\_\_\_  
 Vive su padre? Edad \_\_\_\_\_ Estado de salud \_\_\_\_\_
- Heart Disease? \_\_\_\_\_  
 ¿Enfermedad del corazón? \_\_\_\_\_

Age at Death if Deceased \_\_\_\_\_  
Edad cuando falleció si es fallecido \_\_\_\_\_

Cause of Death (Heart?) \_\_\_\_\_  
Causa de muerte (corazón?) \_\_\_\_\_

2. Is your mother still living? Age and state of Health \_\_\_\_\_  
¿Aún vive su mamá? Edad y estado de salud \_\_\_\_\_

Any heart disease? \_\_\_\_\_  
¿Alguna enfermedad del corazón? \_\_\_\_\_

If Deceased, age at death and cause \_\_\_\_\_  
¿Si ha muerto, a que edad murió y cual fué la causa? \_\_\_\_\_

Was heart disease a factor in her death<sup>9</sup> \_\_\_\_\_  
¿Fué enfermedad del corazón la causa de su muerte? \_\_\_\_\_

3. How many brothers do you have and their ages and state of health \_\_\_\_\_  
Cuantos hermanos tiene, cuales son sus edades y estado de salud? \_\_\_\_\_

if deceased, age at death and cause (heart?) \_\_\_\_\_  
Si falleció, a que edad y cual fue la causa (corazón?) \_\_\_\_\_

4. How many sisters do you have and their ages and state of health \_\_\_\_\_  
Cuantas hermanas tiene y cuantos años tienen y cual es el estado de salud \_\_\_\_\_

If no longer living, age at death and cause (heart?) \_\_\_\_\_  
Si ya no vive, a que edad falleció y cual fue la causa (corazón?) \_\_\_\_\_

5. Lastly, children and ages and state of health \_\_\_\_\_  
¿Y por ultimo, cuantos hijos tiene, sus edades y estado de salud? \_\_\_\_\_

Any heart disease? If deceased, age at death and cause (heart?) \_\_\_\_\_  
¿Alguna enfermedad del corazón? Edad al morir y causa (corazón?) \_\_\_\_\_

6. Are there any conditions that seem to run in your family such as high blood pressure or other medical conditions worth commenting on? \_\_\_\_\_  
Hay condiciones que alguien tenga en la familia como alta presión o otra condición médica que valga la pena comentar? \_\_\_\_\_

**V. GENERAL REVIEW OF SYSTEMS**

**REVISIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS**

I. **HEAD** Any history or frequent or severe problem with:

**Cabeza** Alguna historia o frecuente o problema severo con:

**NO**      **YES**  
**NO**      **SÍ**

1. Seizures or epilepsy \_\_\_\_\_  
Convulsiones o ataques epilepticos \_\_\_\_\_

2. Migraine headaches \_\_\_\_\_  
Migrañas \_\_\_\_\_

- 3. Head pain or injury  
Dolor de cabeza o lesión 3. \_\_\_\_\_
- 4. Passing out spells or lapse of consciousness  
Desmayos o lapsos de quedar inconsciente 4. \_\_\_\_\_
- 5. Episodes of loss of speech, facial numbness, facial sagging,  
facial muscle weakness  
Episodios de pérdida del habla, entumecimiento facial, debilidad en los músculos faciales 5. \_\_\_\_\_

NO      YES  
NO      SÍ

**II. EYES** Any history or frequent or severe problem with:  
**OJOS** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

- 1. Double vision, sudden loss of vision, black out spots  
Visión doble, pérdida de la vista de repente, 1. \_\_\_\_\_
- 2. Blind spots that last  
Momentos de ceguera que perduran 2. \_\_\_\_\_
- 3. Abnormal color or night or side vision  
Ver color anormal o poder ver en la noche de los lados 3. \_\_\_\_\_
- 4. Sudden loss of eyesight strength  
Debilidad de la vista repentina 4. \_\_\_\_\_

**III. EARS** Any history or frequent or severe problem with:  
**OIDOS** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

- 1. Loss of hearing  
Pérdida del oír 1. \_\_\_\_\_
- 2. Balance or ear discharge problems  
Problemas con el balance o supuración del oído 2. \_\_\_\_\_

**IV. NOSE** Any history or frequent or severe problem with:  
**NARIZ** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

- 1. Loss of sense of smell, nasal discharge  
Pérdida del olfato, flujo de la nariz 1. \_\_\_\_\_
- 2. Nosebleeds  
Sangrado de la nariz 2. \_\_\_\_\_
- 3. Sinus problems  
Problemas de la sinusitis 3. \_\_\_\_\_

**V. MOUTH** Any history or frequent or severe problem with:  
**BOCA** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

NO      YES  
NO      SÍ

- 1. Trouble with speaking, chewing, swallowing  
Problemas con el hablar, masticar o tragando 1. \_\_\_\_\_

- 2. Sudden lasting voice changes  
Cambio de voz repentina que perdura 2. \_\_\_\_\_
- 3. Mouth sores that won't heal  
Llagas en la boca que no se curan 3. \_\_\_\_\_
- 4. False teeth  
Dientes postizos 4. \_\_\_\_\_
- 5. Trouble with your tongue or sense of taste  
Problemas con su lengua or gusto 5. \_\_\_\_\_

**VI. NECK** Any history or frequent or severe problem with:  
**CUELLO** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

- 1. Lumps in your neck or throat  
Bolas en su cuello o garganta 1. \_\_\_\_\_
- 2. Weakness of your neck or severe neck pain  
Debilidad en su cuello or dolor severo en el cuello 2. \_\_\_\_\_

**VII. CHEST** Any history or frequent or severe problem with:  
**PECHO** Hay historia de problemas severos o frecuentes con:

- 1. Chest Injury, arthritis of the chest  
Daño al pecho, or artritis del pecho 1. \_\_\_\_\_
- 2. Broken bones of the chest, ribs, breast bone, etc.  
Huesos fracturados del pecho, costillas, etc. 2. \_\_\_\_\_

**VIII. BACK** Any history or frequent or severe problem with:  
**ESPALDA** Hay historia de problemas severos y frecuentes con:

- 1. Injury of the back  
Daño en la espalda 1. \_\_\_\_\_
- 2. Significant arthritis of the back  
Artritis significativa en la espalda 2. \_\_\_\_\_
- 3. Spinal column abnormalities  
Anormalidades en la columna vertebral 3. \_\_\_\_\_

**NO**      **YES**  
**NO**      **SÍ**

**IX. LUNGS** Any history or frequent or severe problem with:  
**PULMONES** Hay historia con problemas severos y frecuentes con:

- 1. Primary abnormalities of the lungs such as bronchitis,  
emphysema, asthma  
Anormalidades primarias de los pulmones como bronquitis,  
enfisema, y asma 1. \_\_\_\_\_
- 2. Injuries to the lungs (sudden inhalation of toxic gases, etc.)  
Daño al los pulmones (inhalación repentina de gases toxicós, etc.) 2. \_\_\_\_\_

- |   |          |
|---|----------|
| 3. Chronic cough<br>Tós crónica   | 3. _____ |
| 4. Coughing up blood or foul or murky sputum<br>Tosiendo con sangre o flema tenebrosa de mal olor | 4. _____ |

**NO**      **YES**  
**NO**        **SÍ**

**X. INTESTINAL TRACT AND ABDOMEN Any history or frequent or severe problem with:  
VIA DEL LOS INTESTINOS Y DEL ABDOMEN Hay historia con problemas severos y frecuentes con:**

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Yellow jaundice, hepatitis, liver disease<br>Ictericia amarillo, hepatitis, o enfermedad del hígado                                 | 1. _____ |
| 2. Gallbladder or pancreas trouble (e.g. gallstones)<br>Problemas con la vesicular biliar o las páncreas (e.g. piedras en la vesícula) | 2. _____ |
| 3. Ulcers or bleeding ulcers<br>Úlceras o úlceras que sangran  | 3. _____ |
| 4. Colitis<br>Colitis  | 4. _____ |
| 5. Chronic constipation or loose stools<br>Estreñimiento crónico o diarrea   | 5. _____ |
| 6. Hemorrhoids<br>Hemorroides  | 6. _____ |
| 7. Bloody or black bowel movements<br>Escrementos con sangre o oscuros   | 7. _____ |
| 8. Presence of mucous or grease in your bowel movements<br>Presencia do mucosidad o grasa en su escremento _____                       | 8. _____ |

**XI. KIDNEY, BLADDER Any history or frequent or severe problem with:  
RIÑONES, VEJIGA Hay historial con problemas severos y frecuentes con:**

**NO**      **YES**  
**NO**        **SÍ**

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Presence of blood or pus or dark color in the urine<br>Presencia de sangre o pus o color oscuro en la orina | 1. _____ |
| 2. Burning, stinging pain upon urination<br>Ardor doloroso al orinar   | 2. _____ |
| 3. Slow blocked urinary flow<br>Orin lento   | 3. _____ |

- |   |          |
|---|----------|
| 4. Kidney (not bladder) infections or failure<br>Infecciones o falla en los riñones (no vejiga) | 4. _____ |
| 5. Bladder or urine infections<br>Infecciones de la vejiga o en la orina                        | 5. _____ |
| 6. Prostate<br>Prostata   | 6. _____ |

**NO      YES**  
**NO      SÍ**

**XII. MUSCULOSKELETAL SYSTEM** Any history or frequent or severe problem with:  
**SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO** Hay historial de problemas severos o frecuentes con:

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Frozen or locked joints<br>Conyuturas atrancadas   | 1. _____ |
| 2. Hot or swollen or painful or red joints<br>Conyuturas inflamadas o con ardor o rojas   | 2. _____ |
| 3. Muscles significantly weaker on one side of the body compared to the other (right leg vs left leg. etc.)<br>Músculos significante mas debil en un lado del cuerpo comparado con el otro lado (pierna derecha vs. pierna izquierda, etc.) | 3. _____ |
| 4. Severe or deforming arthritis locked back that won't bend<br>Artritis severo o con deformidad  | 4. _____ |

**XIII. CENTRAL NERVOUS SYSTEM** Any history or frequent or severe problem with:  
**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL** Hay historial de problemas severos o frecuentes con:

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Numbness or weakness or paralysis of your arms, legs, face, head<br>Entumecimiento o debilidad o paralysis de sus brazos, piernas, cara, cabeza | 1. _____ |
| 2. Movements Out of control or occurring when not intended<br>Movimientos fuera de control o ocurriendo cuando no son intencionales                | 2. _____ |
| 3. Spasms, persistant lack of coordination of movement<br>Espasmo, persistente falta de cordinación de movimiento                                  | 3. _____ |

**XIV. SKIN** Any history or frequent or severe problem with:  
**PIEL** Ha padecido con frecuentes o problemas severos con:

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Skin Cancer<br>Cancer del la piel                                | 1. _____ |
| 2. Skin sores that won't heal<br>Abrasiones en la piel que no sanan | 2. _____ |
| 3. Persistant rashes  | 3. _____ |

Ronchas persistentes

4. Psoriasis, skin infections  
Psoriasis, infecciones de la piel 4. \_\_\_\_\_
5. Trouble with hair or nails  
Problemas con el cabello o uñas 5. \_\_\_\_\_

**XV. BLOOD** Any history or frequent or severe problem with:

**SANGRE** Ha padecido con frecuentes o problemas severos con:

1. Being low in blood (anemic) or having too much blood  
Estar bajo o alto en sangre (anemico) 1. \_\_\_\_\_
2. Blood clots or blood vessel infection (phlebitis)  
Coágulos de sangre o infección de conductos sanguíneos (flebitis) 2. \_\_\_\_\_
3. Abnormal tendency to bleed easily and continuously  
Tendencia anormal a sangrar fácilmente y continuamente 3. \_\_\_\_\_
4. Significant problem with bruising requiring a doctor's care  
Problema significativo con moretones que requieran el cuidado de un doctor 4. \_\_\_\_\_

NO    YES  
NO    SÍ

**XVI. ENDOCRINE METABOLIC** Any history or frequent or severe problem with:

**ENDOCRINO METABOLICO** Hay historia con frecuentes o problemas severos con:

1. Diabetes or blood sugar or urine sugar abnormalities  
Diabetes o azúcar en la sangre o anomalías de azúcar en la orina 1. \_\_\_\_\_
2. thyroid disease  
mal de la Tiroides 2. \_\_\_\_\_
3. Adrenal gland disease  
Enfermedad de las glándulas adrenales 3. \_\_\_\_\_
4. Growth disturbances  
Disturbio de crecimiento 4. \_\_\_\_\_

**XVII. GENERAL** Any history or frequent or severe problem with:

**GENERAL** Ha padecido con frecuentes o problemas severos con:

1. Unexplained and unplanned weight loss  
Pérdida de peso sin explicación o planeada 1. \_\_\_\_\_
2. Fever, night sweats, frequent severe itching  
Fiebre, sudores por la noche, comezón severa con frecuencia 2. \_\_\_\_\_
3. Appetite, bowel function changes  
Cambios de apetito o cambios en su función digestión 3. \_\_\_\_\_