

New York Private Medical Imaging LLP

FORMULARIO PARA REVISIÓN POR MARCADOR CARDÍACO (Cardiac Scoring)

COMPLETADO POR EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de su Cita: / / Fecha de Nacimiento: / / Edad: _____
Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Peso: _____ Estatura: _____

¿Es usted fumador? Sí No ¿Si ha dejado de fumar, desde cuando?

¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de las Arterias Coronarias?
 Sí No Si, sí, a qué edad:

¿Tiene antecedentes de ataque cardíaco/ataque de corazón? Sí No Si, sí, a qué edad:

¿Tiene antecedentes familiares de ataque cardíaco? Sí No Si, sí, a qué edad:

¿Hace usted ejercicio diariamente? Sí No Frecuencia de ejercicio (por semana):

¿Tiene antecedentes de presión sanguínea alta? Sí No
¿Si no está tomando medicamentos, normalmente su presión sanguínea es más alta que 140/90?
 Sí No No lo se

¿Tiene antecedentes de colesterol alto? Sí No ¿Es más alto de 200? Sí No No lo se

¿Tiene antecedentes de diabetes? Sí No

¿Está tomando medicamentos para colesterol alto, presión sanguínea o diabetes? Sí No

SCREENED BY: _____ SCREENED WITH: _____
Technologist comments: _____
Technologists initials: _____

Yo verifico que las respuestas a estas preguntas están correctas y entiendo que no supliendo información o no dando información correcta puede afectar desfavorablemente la interpretación de este estudio.
Firma del Paciente: _____ Fecha: / /