

### Información General

Identificador del participante (RELLENAR LAS CUATRO CASILLAS, PONIENDO TANTOS CEROS A LA IZQUIERDA COMO SEA NECESARIO).

Identificador del Estudio:

C	P	_				
---	---	---	--	--	--	--

Numero de Historia Clínica:

--	--	--	--	--	--	--

Fecha del examen

d	d	m	m	a	a	a	a

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

\_\_\_\_\_

Código Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

### **Antecedentes Familiares**

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) ha fallecido por causas cardiacas, o ha tenido algún problema cardiaco?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años (varones)/ 65 años (mujeres) \_\_\_\_

Sí, después de los 55 años (varones)/ 65 años (mujeres) \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

Tipo: Cardiopatía Isquémica (IAM, angina)\_\_\_\_ Valvulopatías (recambio valvular ?)\_\_\_\_ Insuficiencia Cardíaca\_\_\_\_ Otros(especificar)\_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) ha tenido algún accidente vascular cerebral?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Tipo (hemorragia o trombosis)\_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) tiene/ha tenido enfermedad arterial periférica?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) tiene/ha tenido el colesterol elevado?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) tiene/ha tenido la tensión arterial alta?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) tiene o ha tenido cáncer?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

Tipo\_\_\_\_\_

**¿Algún familiar directo (padres, hermanos, hijos, etc...) tiene/ha tenido diabetes?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_\_ Tipo (I o II)\_\_\_\_

Sí, antes de los 55 años\_\_\_\_ Sí, después de los 55 años \_\_\_\_ Datos insuficientes \_\_\_\_

**Antecedentes Personales:**

¿Tiene alergias conocidas a algún medicamento? Si \_\_\_ No \_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias conocidas a algún alimento? Si \_\_\_ No \_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

**¿Se cansa excesivamente o le falta el aire al realizar algún ejercicio (subir escaleras, caminar, etc)?**

No (pasar a la siguiente pregunta) \_\_\_

Disnea a grandes esfuerzos (bailar, caminar durante media hora, trabajos de jardinería, etc) \_\_\_

Disnea a moderados esfuerzos ( ducharse, vestirse, etc) \_\_\_

Disnea a mínimos esfuerzos (cualquier actividad, levantarse de la cama) \_\_\_

Disnea sin especificar grado \_\_\_

Datos insuficientes \_\_\_

**Cardiopatía isquémica:**

Angina de pecho:            Reposo \_\_\_            Esfuerzo \_\_\_

Edad del diagnóstico: \_\_\_ años

Angioplastia sin colocación de stent \_\_\_    Año \_\_\_

Angioplastia con colocación de stent \_\_\_    N° stent \_\_\_            Año \_\_\_

Bypass \_\_\_            Año \_\_\_

Infarto Agudo de Miocardio:    Tipo \_\_\_\_\_

Edad del diagnóstico \_\_\_\_\_ años

Angioplastia sin colocación de stent \_\_\_    Año \_\_\_

Angioplastia con colocación de stent \_\_\_    N° stent \_\_\_            Año \_\_\_

Bypass \_\_\_            Año \_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Edad del diagnóstico \_\_\_\_\_ años

Angioplastia sin colocación de stent \_\_\_    Año \_\_\_

Angioplastia con colocación de stent \_\_\_    N° stent \_\_\_            Año \_\_\_

Bypass \_\_\_            Año \_\_\_

**¿Algún médico le ha diagnosticado de una o varias de estas enfermedades?**

	<u>Edad del diagnóstico</u>		<u>Edad del diagnóstico</u>
Embolia pulmonar	___ años	EPOC sin O2	___ años
Aneurisma de aorta	___ años	Depresión	___ años
Insuficiencia cardíaca izquierda	___ años	Cataratas	___ años
Trombosis venosa profunda	___ años	SAOS	___ años
Fracturas óseas	___ años	Insuficiencia Renal	___ años
Enfermedad arterial periférica	___ años	Cáncer o Tumores*	___ años
ACVA hemorrágico	___ años	*Especificar tipo: _____	
ACVA isquémico	___ años		
Diabetes mellitus	___ años		
HTA	___ años		

**Intervenciones quirúrgicas:**

Si \_\_\_ No \_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico: \_\_\_ años  
\_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico: \_\_\_ años  
\_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico: \_\_\_ años  
\_\_\_\_\_ Edad del diagnóstico: \_\_\_ años

*Sólo mujeres ¿Qué edad tenía cuando inició la menopausia? \_\_\_\_\_ años*

**¿Fuma usted cigarrillos actualmente?**

Sí \_\_\_ Exfumador de 0 a 1 año \_\_\_ Exfumador de 1 a 5 años \_\_\_ Exfumador > 5 años \_\_\_ Nunca fumador \_\_\_  
Datos insuficientes \_\_\_

**En caso afirmativo, ¿cuántos años hace que fuma? \_\_\_\_\_ años**

**Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos, puros o pipas fuma/fumaba al día?**

\_\_\_\_\_ cigarrillos/día \_\_\_\_\_ puros/día \_\_\_\_\_ pipas/día

**¿Toma usted alcohol actualmente?**

Sí \_\_\_ Exbebedor de 0 a 1 año \_\_\_ Exbebedor de 1 a 5 años \_\_\_ Exbebedor > 5 años \_\_\_ Nunca ha bebido \_\_\_  
Datos insuficientes \_\_\_

**En caso afirmativo, ¿cuántos años hace que toma alcohol? \_\_\_\_\_**

**Aproximadamente, ¿Qué cantidad de alcohol toma/tomaba al día? \_\_\_\_\_ gramos/día**

vino.....un vaso (100 ml).....	8 gramos <b>de alcohol</b>
cerveza.....200 ml.....	8 gramos <b>de alcohol</b>
licor.....una copa (50 ml).....	16 gramos <b>de alcohol</b>
vermut.....100 ml.....	16 gramos <b>de alcohol</b>

**Medicación habitual:**

Antiagregantes plaquetarios Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

AAS \_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Clopidogrel \_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Ticlopidina \_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

B-bloqueantes Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

IECAs Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Diuréticos Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

ARA-II Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Calcio antagonistas Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Nitratos Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Digoxina Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Antiarrítmicos Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Anticoagulantes Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Acenocumarol \_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales) \_\_\_\_\_

HBPM \_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales) \_\_\_\_\_

Antidiabéticos orales Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Insulina Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Tratamiento hormonal (*sólo mujeres*) Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Medicamentos para el colesterol/triglicéridos Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Estatinas \_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ dosis (mg/día) \_\_\_\_\_

Fibratos \_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ dosis (mg/día) \_\_\_\_\_

Ezetimiba \_\_\_ dosis (mg/día) \_\_\_\_\_

Esteroles vegetales \_\_\_ dosis (mg/día) \_\_\_\_\_

Esteres etílicos de los ácidos grasos polinsaturados \_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ dosis (mg/día) \_\_\_\_\_

Acido Nicotínico (mg/día) \_\_\_\_\_

#### OTROS:

Antiinflamatorios Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Analgésicos Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Tranquilizantes/sedantes/ansiolíticos/fármacos para dormir Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

IBP Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Inhaladores Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Corticoides Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Otros Sí \_\_\_ No \_\_\_ no sabe / no contesta \_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_ dosis (mg/día o dosis semanales/mensuales) \_\_\_\_\_

#### **Exploración Física**

**Altura:** \_\_\_\_ , \_\_\_\_ m    **Peso:** \_\_\_\_ , \_\_\_\_ Kg    **IMC:** \_\_\_\_ , \_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>    **Cintura:** \_\_\_\_ cm

**Presión Arterial (PA) y Frecuencia Cardiaca (FC)**

	<b>PA sistólica</b>	<b>PA diastólica</b>	<b>FC</b>
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

**Cabeza y Cuello:**

Ingurgitación Yugular: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Adenopatías (submandibulares/supraclaviculares): Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Bocio: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Soplos carotídeos: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Auscultación Cardiorrespiratoria:**

Tonos: rítmicos \_\_\_\_ arrítmicos \_\_\_\_

Soplos cardíacos: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo, especificar tipo y grado: \_\_\_\_\_

MVC: Sí \_\_\_\_ No (especificar grado) \_\_\_\_

Ruidos sobreañadidos: Sí (especificar tipo y grado) \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_

**Abdomen:**

Normal: \_\_\_\_\_ Patológico (especificar): \_\_\_\_\_

**Extremidades:**

Edemas: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo (especificar): perimaleolares \_\_\_\_ pretibiales \_\_\_\_ hasta rodilla \_\_\_\_ raíz de muslo \_\_\_\_

Signos de TVP: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Signos de insuficiencia venosa crónica: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

