PARK WEST RADIOLOGY

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 presíon 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: / /