

**NEW PATIENT QUESTIONNAIRE**  
*(Encuesta para pacientes nuevos)*

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): \_\_\_\_\_

Weight (*Peso*): \_\_\_\_\_ Height (*Estatura*): \_\_\_\_\_

01) Describe in your own words why you need to see a cardiologist.

*Describe en sus propias palabras por qué necesita ver a un cardiólogo*

---



---



---

02) Past medical illness (*Historia médica pasada*)

Have you ever had any of the following medical problems? If so, when?

*¿A sufrido usted de alguno de los siguientes problemas médicos? Si es así, ¿cuando?*

- |   |                   |    |       |
|---|-------------------|----|-------|
| Heart attack ( <i>ataque al Corazón</i> ) .....                   | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Stroke ( <i>apoplejía/derrame cerebral</i> ) .....                | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| High blood Pressure ( <i>presión alta</i> ) .....                 | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Cancer ( <i>cáncer</i> ) .....                                    | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Asthma ( <i>asma</i> ) .....                                      | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Diabetes ( <i>diabetes</i> ) .....                                | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Ulcers ( <i>Úlceras</i> ) .....                                   | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Vascular Disease ( <i>enfermedad vascular</i> ) .....             | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Rheumatic Fever ( <i>fiebre reumática</i> ) .....                 | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Mitral Valve Prolapse ( <i>prolapse de válvula mitral</i> ) ..... | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Hepatitis ( <i>hepatitis</i> ) .....                              | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Thyroid Disease ( <i>desorden de tiroides</i> ) .....             | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Kidney Disease ( <i>enfermedad de riñones</i> ) .....             | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Endocarditis ( <i>endocarditis</i> ) .....                        | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Emphysema ( <i>enfisema</i> ) .....                               | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Hiatal Hernia ( <i>hernia hiatal</i> ) .....                      | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Gallbladder Disease ( <i>enfermedad de vesícula</i> ) .....       | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Elevated Cholesterol ( <i>colesterol elevado</i> ) .....          | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Sleep Apnea ( <i>apnea del sueño</i> ) .....                      | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |
| Atrial Fibrillation ( <i>La fibrilación auricular</i> ) .....     | Yes ( <i>Si</i> ) | No | _____ |

03) Past surgical history (**Historial quirúrgico pasado - cirugías**):

Please list any surgical procedures along with the date.

**Favor de anotar todo procedimiento quirúrgico (de cirugía) junto con la fecha**

---

---

---

04) Have you ever had a cardiac catheterization, angioplasty, stress test, or echocardiogram? If so, when and where?

**¿Alguna vez le an sometido un cateterismo cardíaco, angioplastía, prueba de esfuerzo o una ecocardiograma? Si es así, ¿Cuándo y dónde?**

---

---

05) Please list all medications you are currently taking, dosage (strength) and frequency (number of times per day).

**Por favor de anotar todos los medicamentos que usted toma al presente, junto con la dosis (potencia) y la frecuencia (número de veces al día) que las toma.**

---

---

---

---

---

---

06) Please list all over-the-counter medications you are currently taking. (For example: decongestants, diet pills, Aspirin, or antihistamines.)

**Favor de anotar todos los medicamentos sin receta que está tomando al presente. Por ejemplo: descongestionantes, píldoras dietéticas, aspirina o antihistamínicos.**

---

---

---

---

07) Are you allergic to any medications? If so, please list the medication and the type of reaction.

**¿Es usted alérgico a algún medicamento(s)? Si es así, por favor anotar el medicamento(s) y el tipo de reacción.**

---

---

08) Have you ever smoked? If so, How many years? How many packs per day? When did you quit?

**¿A usted fumado alguna vez? Si es así, ¿por cuantos años? ¿Cuántos paquetes diarios? ¿Cuándo dejó de fumar?**

---

09) Do you consume alcoholic beverages? If so, how many drinks per day?

**¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si es así, ¿cuántos tragos al día? ..... Yes (Si) \_\_\_\_\_ No**

10) Do you consume caffeine? If so, how much?

**¿Consume usted cafeína? Si es así, ¿qué cantidad? ..... Yes (Si) \_\_\_\_\_ No**

11) Have you ever used any recreational drugs? If so, what type?

**¿A usado drogas recreativas alguna vez? Si es así, Qué tipo de drogas? ..... Yes (Si) \_\_\_\_\_ No**

12) Do you have a family history of heart disease?

If so, please list which family member, type of heart disease and age at the time of diagnosis.

*¿Tiene historial de enfermedad cardiaca en su familia?*

*Si es así, anote qué miembro de su familia, la edad en que fue diagnosticado, y el tipo de enfermedad del corazón.*

---

---

13) What is your occupation?

*¿Cuál es su ocupación?*

---

**14) OVERALL SYSTEM REVIEW**

*REVISION GENERAL DE SU SISTEMA*

Please check any of the **symptoms you are experiencing or have had in the last few weeks.**

If none of these symptoms apply to you, please leave this section blank.

**General**

- Fever
- Chills

**Eyes**

- Blurred vision
- Double vision

**Heart (new symptoms)**

- Chest pain
- Palpitations
- Feeling a fast heartbeat
- Swelling (legs, feet, hands)
- Dizziness
- Passing out

**Lung / Breathing**

- New shortness of breath
  - During activity
  - At rest
  - While lying flat

**Ears, Nose, Mouth, Throat**

- Hearing loss
- Nosebleeds

**Stomach/Intestines**

- Rectal bleeding
- Black colored stools

**Muscle / Bones**

- Muscle weakness
- Muscle pain/cramps

**Blood**

- Easy Bruising
- Bleeding

**Brain/Nerves**

- Stroke
- Transient Ischemic Attack (TIA)
- Memory problems

**Peripheral / Vascular**

- Pain in the legs or calves when walking

15) Who is your primary care doctor?

*¿Quién es su médico de familia/cabecera?*

---

16) What pharmacy do you use? Please write the phone number.

*¿Qué farmacia utiliza? Por favor escriba el número telefónico de la farmacia*

---

\_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

17) List any other physicians you see. *Anote cualquier otro médico que usted vea*

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

18) Have you had any procedures, x-rays, or blood work done recently? If so, name of test and where performed.

*¿Le an hecho algún procedimiento, como: radiografías o laboratorios de sangre recientemente? Si es así, indique el nombre del análisis y en dónde fue realizado?*

---

---

Patient Signature (*Firma del paciente*)

Date (*Fecha*)