



Patient's Cardiovascular / Medical History
 Historial Medico De Tratamientos Cardiovascular del Paciente

PATIENT & DOCTOR INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE Y MEDICO			
Last Name / Apellido:	First / Nombre:	Middle:	Birth Date / Fecha de Nacimiento: / /
Cardiologist's Name/ Nombre del Cardiólogo:		Cardiologists's Phone Number / Numero del Cardiólogo: () -	

CARDIOVASCULAR HISTORY / HISTORIAL MEDICO DE TRATAMIENTOS CARDIOVASCULAR			
Indicate if you have ever had any of the following:	Indique si usted ha tenido alguno de los siguientes:		When? / ¿Cuándo?
Heart Problems	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Heart Attack	Ataque del Corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Echocardiogram or EKG	Echocardiograma o EKG	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Coronary Angioplasty (balloon)	Agioplastia Coronaria (globo)	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Coronary Bypass Surgery	Cirugía de Bypass Coronario	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Coronary Stent Placement	Colocación de un Stent Coronario	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Cardiac Catheterization	Catéterismo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Valve Surgery	Cirugía Válvular	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Pacemaker	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Congestive Heart Failure	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Cardiac Arrhythmia	Arritmia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

Please let the Front Desk know if you have had any recent heart procedures or exams so that we may get the results from your cardiologist before your scheduled procedure.

Favor de avisarle a las secretarias de la oficina si ha tenido recientemente algun procedimiento o examen del corazón para obtener los resultados de su cardiólogo antes de hacerle su cita para su procedimiento.

Patient Signature / Firma del Paciente: _____ Date / Fecha _____