

# Historia Clínica Dirigida

Fecha: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel/Cel.: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino ( )

Masculino ( )

Edad: \_\_\_\_\_ años

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. ¿Le han realizado con anterioridad algún Electrocardiograma? Si ( ) No ( )

1.1 En caso de si, ¿Por qué se lo indicaron? \_\_\_\_\_

2. ¿Fuma? Si ( ) No ( ) Ya lo dejo ( )

2.1 ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

3. ¿Toma? Si ( ) No ( ) Ya lo dejo ( )

3.1 ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

4. ¿Drogas? Si ( ) No ( ) Ya lo dejo ( )

4.1 ¿Cuál y cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

5. ¿Practica algún tipo de ejercicio y/o deporte?

Si ( )

No ( )

Caminar ( )

Trotar ( )

Correr ( )

Zumba ( )

Baile ( )

Bicicleta ( )

Pesas ( )

Otra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1 ¿Dónde lo practica?

Casa ( )

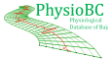
Parque ( )

Gimnasio ( )

Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



6. ¿Padece alguna enfermedad crónica? Si ( ) No ( )

7. Antecedentes Personales Patológicos

Hipertensión Arterial ( )
Diabetes Mellitus ( )
Hipercolesterolemia ( )
Hipertiroidismo ( )
Hipotiroidismo ( )
Cardiopatía ( )
Otra

8. Antecedentes Heredo-Familiares

Hipertensión Arterial ( )
Diabetes Mellitus ( )
Hipercolesterolemia ( )
Hipertiroidismo ( )
Hipotiroidismo ( )
Cardiopatía ( )
Otra

9. ¿Toma algún medicamento? Si ( ) No ( )

9.1 En dado caso de si, ¿Cuál (es)?

10. ¿Ha sufrido de un Infarto Agudo al Miocardio? Si ( ) No ( )

Signos Vitales:

Frecuencia Cardiaca x'
Frecuencia Respiratoria x'
Presión Arterial mmHg
pSO2 %

Medidas Antropométricas:

Peso: Kg.
Estatura: cm.
Cintura: cm.
Cadera: cm.
IMC:

Datos Cardíax:

Pax:
QRSax:
Tax:
Pd:
PQ:
QRS:
QT:
QTcB: