



**MEDICAL HISTORY AND MEDICATION UPDATE**  
**HISTORIA MÉDICA Y ACTUALIZAR LA NUEVA LISTA DE MEDICAMENTOS**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sex/Sexo: \_\_\_\_\_ Ht/Estatura: \_\_\_\_\_ ft/pies \_\_\_\_\_ in/pulgadas Weight/Peso: \_\_\_\_\_ lbs/libras Pulse/Pulso: \_\_\_\_\_ bpm

BP/Presion Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reason for today's visit/La razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_

Medication ALLERGIES: or None / Medicamentos ALERGIAS: o  Ninguno (marque aquí si no hay alergeno)

Medication/Medicamentos	Reaction to Allergen / Reacción al Alergeno
1.	
2.	
3.	

**MEDICATIONS that you take OR NONE** (check box if you take no meds)/ **MEDICAMENTOS que usted toma O**

NINGUNO (marque aquí si no toma ninguna medicación)

MEDICATION/MEDICAMENTOS	STRENGTH/FUERZA	HOW OFTEN/¿CON QUE FRECUENCIA? daily, 2xday, weekly/diario, 2veces al día,semanal
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

**SURGICAL HISTORY** (please list all surgeries/dates since your last visit)/**HISTORIA DE OPERACIONES** (por favor enumere todas las cirugías y las fechas desde su ultima visita)

Surgery Date/Year Fecha y Año de la Cirugía	Surgery Procedure / Cirugía Procedimiento
1.	
2.	
3.	
4.	

**NOTES/NOTAS:**

**Cardiothoracic and Vascular Surgeons – Review of Systems (ROS)/Revisión del Sistema (ROS)**

(Please check all the following conditions listed below that you are currently experiencing. If applicable, provide additional notes about the condition)/(Por favor marque todas las condiciones que se enumeran a continuación que esta experimentando actualmente. En su caso, dar una información adicional sobre la condición)

**Patient Name/Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **DOB/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_ **Athena #:** \_\_\_\_\_ (for staff only/para personal de la oficina)

<p><b><u>Constitutional</u></b> <b><u>Constitucional</u></b> (en relación a todo su cuerpo)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or :</b> <input type="checkbox"/> fever <input type="checkbox"/> night sweats <input type="checkbox"/> significant weight gain <input type="checkbox"/> significant weight loss  <input type="checkbox"/> exercise intolerant <input type="checkbox"/> fatigue  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o :</b> <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> sudores de noche <input type="checkbox"/> ganancia de peso significativa  <input type="checkbox"/> perdida de peso significativo <input type="checkbox"/> tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> fatiga                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Eyes/Ojos</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or :</b> <input type="checkbox"/> dry eyes <input type="checkbox"/> eye irritation <input type="checkbox"/> vision changes <input type="checkbox"/> needs glasses/contacts  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o :</b> <input type="checkbox"/> ojo seco <input type="checkbox"/> irritación de ojo <input type="checkbox"/> cambio de visión  <input type="checkbox"/> necesita lentes/contactos para los ojos                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Ears/Oídos</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> difficulty hearing <input type="checkbox"/> ear pain  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> dificultad para oír <input type="checkbox"/> dolor de oído                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Nose/Nariz</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> frequent nosebleeds <input type="checkbox"/> nose/sinus problems  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> sangrando de nariz con frecuencia <input type="checkbox"/> problemas de nariz/sinusitis                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Mouth/Throat</u></b> <b><u>Boca/Garganta</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> sore throat <input type="checkbox"/> bleeding gums <input type="checkbox"/> snoring <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> mouth ulcers  <input type="checkbox"/> oral abnormalities <input type="checkbox"/> teeth problems  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> sangrado de la encías <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> boca seca  <input type="checkbox"/> úlceras de la boca <input type="checkbox"/> anomalías orales <input type="checkbox"/> problemas de dientes                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Cardiovascular</u></b> <b><u>Cardiovascular</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> chest pain <input type="checkbox"/> chest pain on exertion <input type="checkbox"/> shortness of breath when walking  <input type="checkbox"/> shortness of breath when lying down <input type="checkbox"/> palpitations <input type="checkbox"/> heart murmur <input type="checkbox"/> lightheadedness  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> dolor del pecho con esfuerzo excesivo  <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al caminar <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al estar acostado <input type="checkbox"/> palpitaciones  <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> mareo                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Respiratory</u></b> <b><u>Respiratorio</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> coughing up blood <input type="checkbox"/> sleep disturbances (sleep apnea)  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> respiración sibilante <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> tos con sangre <input type="checkbox"/> suspensión temporal de la respiración al dormir                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Gastrointestinal</u></b> <b><u>Gastrointestinal</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> abdominal pain <input type="checkbox"/> vomiting <input type="checkbox"/> abnormal appetite <input type="checkbox"/> diarrhea <input type="checkbox"/> vomiting blood  <input type="checkbox"/> black or tarry stools  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> apetito anormal <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> vómitos de sangre <input type="checkbox"/> heces negras o alquitranadas                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Genitourinary</u></b> <b><u>Genitourinario</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> loss of urinary control <input type="checkbox"/> difficulty urinating <input type="checkbox"/> increased frequency of urination  <input type="checkbox"/> blood in urine <input type="checkbox"/> change in urinary output <input type="checkbox"/> incomplete emptying of bladder  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> pérdida de la control de la vejiga <input type="checkbox"/> dificultad a orinar <input type="checkbox"/> aumento de la frecuencia a orinar <input type="checkbox"/> sangre in la orina <input type="checkbox"/> cambio de la producción de orina <input type="checkbox"/> vaciamiento incompleto de la vejiga                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><b><u>Musculoskeletal</u></b> <b><u>Músculoesquelético</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> muscle aches <input type="checkbox"/> muscle weakness <input type="checkbox"/> arthralgias/joint pain <input type="checkbox"/> back pain  <input type="checkbox"/> swelling in the extremities <input type="checkbox"/> needs wheelchair <input type="checkbox"/> needs walker  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> dolores musculares <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> dolor en las articulaciones  <input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> hinchazón en las extremidades <input type="checkbox"/> necesita silla de ruedas <input type="checkbox"/> necesita andador                      Additional Notes/Notas adicionales:</p>

Patient Name/Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Review of Systems – continued**

**Revisión del Sistema – continuado**

<p><b>Neurologic</b> <b>Neurológico</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> loss of consciousness <input type="checkbox"/> weakness <input type="checkbox"/> numbness <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> dizziness  <input type="checkbox"/> frequent/severe headaches <input type="checkbox"/> migraines <input type="checkbox"/> restless legs  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> pérdida de la conciencia <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> convulsiones  <input type="checkbox"/> mareo <input type="checkbox"/> frecuente/intenso dolor de cabeza <input type="checkbox"/> migrañas <input type="checkbox"/> piernas inquietas            Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><b>Hematologic/Lymphatic</b> <b>Hematológica/Linfático</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> swollen glands <input type="checkbox"/> bruising <input type="checkbox"/> excessive bleeding  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> inflamación de los ganglios <input type="checkbox"/> moretones <input type="checkbox"/> sangrado excesivo            Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><b>Allergic/Immunologic</b> <b>Alérgico/Inmunológica</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> runny nose <input type="checkbox"/> sinus pressure <input type="checkbox"/> itching <input type="checkbox"/> hives <input type="checkbox"/> frequent sneezing  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> nariz que moquea <input type="checkbox"/> presión de los senos <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> estornudos frecuentes            Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><b>Endocrine</b> <b>Endocrino</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> increased thirst <input type="checkbox"/> hair loss <input type="checkbox"/> increased hair growth <input type="checkbox"/> cold intolerance  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> aumento de la sed <input type="checkbox"/> pérdida de cabello <input type="checkbox"/> aumento del crecimiento del pelo  <input type="checkbox"/> intolerancia al frío            Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><b>Lung Symptoms</b> <b>Síntomas Pulmonares</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NONE or:</b> <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> bronchitis <input type="checkbox"/> enlarged lymph nodes  <input type="checkbox"/> chronic pulmonary heart disease <input type="checkbox"/> atherosclerosis of aorta <input type="checkbox"/> purulent chronic bronchitis  <input type="checkbox"/> chronic airway obstruction <input type="checkbox"/> hemoptysis (coughing up blood) <input type="checkbox"/> other chest pain  <input type="checkbox"/> tachypnea (rapid breathing) <input type="checkbox"/> swelling mass/lump-chest <input type="checkbox"/> abnormal chest sounds  <input type="checkbox"/> abnormal electrocardiogram (EKG).  <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO o:</b> <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> agrandamiento de los ganglios linfáticos  <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar crónica del corazón <input type="checkbox"/> aterosclerosis de la aorta <input type="checkbox"/> bronquitis crónico purulenta <input type="checkbox"/> obstrucción de las vías respiratoria crónica <input type="checkbox"/> la hemapotsis (tos con sangre)  <input type="checkbox"/> otros dolores en el pecho <input type="checkbox"/> la taquipnea (respiración rápida) <input type="checkbox"/> hinchazón masa/bulto – pecho  <input type="checkbox"/> sonidos anormales en el pecho <input type="checkbox"/> electrocardiograma anormal (EKG)</p>