



Historia medica para placas de los pulmones

Patient name: _____

MRN: (Para el uso de la oficina solamente) _____

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes enfermedades?

- Si No Fiebre.
- Si No Fatiga/Cansancio.
- Si No Perdida de peso inexplicable.
- Si No Falta de aire (a hogas).
- Si No Le falta el aire si sube dos pisos por las escaleras.
- Si No Tos.
- Si No Dolor de pecho.
- Si No Bronquitis.
- Si No Sibilancia.
- Si No Asma.
- Si No Inflamacion, masa, o bola en el cuello o cabeza.
- Si No Hipo.
- Si No Edema/Inflamacion en la cara.
- Si No El cuerpo, brazos o piernas.
- Si No Ronquidos/Bostezar.
- Si No Nausea.
- Si No Acidez.
- Si No Problemas al tragar (pasar).
- Si No Mareos.
- Si No Fumar.
- Si No Angina (dolor de pecho).
- Si No Palpitacion irregular.
- Si No Murmullo del corazon.
- Si No Historia de ataques al corazon.
- Si No Historia de paros del corazon.
- Si No Cirugia del corazon.
- Si No Otras enfermedades del corazon.

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas.

- Si No Alta presion.
- Si No Historia de cancer; que tipo: _____
- Si No Tuberculosis.
- Si No Fiebre del Valle.
- Si No Enfermedad pulmonar obstructiva cronica.
- Si No Otras enfermedades de los pulmones.

Si No Va a tener rayos-x hoy porque tuvo uno anormal anteriormente?

Si No Ha tenido rayos-x del pecho anteriormente?
Donde: _____
Cuando: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de entrevistador: _____ Fecha: _____

Patient Signature: _____ Date: _____