



List any medicine you are taking:

Apunte los medicamentos que esta tomando:

List any allergy:

Apunte todas sus alergias:

Circle each, Yes or No below:

Y N Are you now under the care of a physician?
If yes, for what condition: _____

Name and phone # of physician:

My Last physical exam was on: _____

Y N Have you had any serious illness or operations
or have been hospitalized? Explain: _____

DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING?

- Y N Damaged heart valve or heart murmur*
- Y N Have you ever taken Phen/Fen?
- Y N Previous Bacterial Endocarditis*
- Y N Artificial or Prosthetic Cardiac Valves including
Bioprosthetics and Homograft Valves*
- Y N Mitral Valve Prolapse*
- Y N Rheumatic Heart Disease*
- Y N Congenital heart lesions*
- Y N Surgically constructed systemic-pulmonary shunts*
- Y N Stents with Angioplasty (*1)
(Date: _____)
- Y N Do you have prosthetic joint replacement? *~

Y N Heart attack ** (Date: _____)

Y N Stroke or TIA ** (Date: _____)

Y N High blood pressure **

Y N Arteriosclerosis **

Y N Congestive heart failure **

Y N Do you have a cardiac pacemaker or defibrillator?

Y N Bleeding disorder: _____

Y N Hepatitis (circle one): A B C

Y N Cirrhosis or liver disease

Y N Venereal disease (STD)

Y N Immunosuppressive disorders (HIV/AIDS)

Y N Fainting spells or seizures

Y N Epilepsy

Y N Kidney disease

Y N Stomach, duodenal ulcers, or hiatus hernia

Y N Diabetes

Y N Asthma or hay fever

Y N Thyroid dysfunction

Y N Arthritis

Y N Do you smoke?

Y N Are you pregnant? If yes, how long: _____

Y N Are you nursing?

Print name: _____

Sign: _____ Date: _____

Doctor signature: _____

S N Esta usted bajo cuidado medico?
Si es si, por cual condicion: _____

El nombre y el telefono de mi doctor es:

Mi ultimo examen fisico fue: _____

S N Ha tenido usted una enfermedad seria, operacion
o ha sido hospitalizado, explique: _____

¿TIENE USTED O TUVO LO SIGUIENTE?

- S N Soplo en el corazon o valvula danada*
- S N ¿Ha tomado la droga, Phen/Fen?
- S N Endocarditis bacteriana previa*
- S N Valvulas prosteticas a artificiales incluyendo
valvulas bioprosteticas*
- S N Prolapso de valvula mitral*
- S N Reumatismo cardiaco*
- S N Lesiones congenitas del corazon*
- S N Derivaciones sistémico-pulmonares quirurgicamente construidas*
- S N Stents con angioplastia (*1)
(Fecha: _____)
- S N ¿Tiene usted un reemplazo protesico?*~

S N Ataques del corazon ** (Fecha: _____)

S N Infarto o embolia ** (Fecha: _____)

S N Presion alta **

S N Arteriosclerosis **

S N Falla del corazon por congestion **

S N Tiene usted un marcapasos o desfibrilador cardiacos?

S N Desorden de sangrado: _____

S N La hepatitis (circula uno): A B C

S N Cirrosis or afeccion hepatica

S N Enfermedad (STD) de Venereal

S N CIDA

S N Desmayos o ataques epilepticos

S N Epilepsia

S N Problema de rinon

S N Ulceras del estomago, hernia duodenal o hernia hiatal

S N Diabetes

S N Asma or polinosis

S N Disfuncion de tiroides

S N Artritis

S N Fuma used?

S N ¿Usted esta embarazada? Cuanto tiempo tiene: _____

S N ¿Lactancia?

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de Doctor: _____