

EAST CAROLINA NEUROLOGY
Clínica de prevención del accidente cerebrovascular
Paciente nuevo

FECHA: _____ # ECN: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____
Médico de familia: _____ Teléfono de casa: _____
Nombre de farmacia/Ubicación: _____ Teléfono celular: _____

Nombre a continuación cualquier historia médica y quirúrgica, incluya las fechas de cirugía:

Historia familiar

Padre: Vivo, edad _____ Muerto, edad _____ Enfermedades _____
Madre: Vivo, edad _____ Muerto, edad _____ Enfermedades _____
Hermanos: # _____ Enfermedades _____
Hermanas: # _____ Enfermedades _____
Otros antecedentes familiares: _____

Historia social

Empleador: _____
Estado Civil (círculo): S C D V
Número de hijos / Edades: _____
¿Fuma?: S N Cajetillas por día _____ ¿Otros usos del tabaco? _____
¿Alcohol?: S N ¿Cantidad a la semana? _____
¿Ejercicio?: S N Número de días a la semana _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
¿Haciendo qué? _____
¿Qué suele comer en sus comidas? (Si no la tiene, indicar "ninguna comida"):
Desayuno: Bebidas _____ Alimentos _____
Almuerzo: Bebidas _____ Alimentos _____
Cena: Bebidas _____ Alimentos _____

Por favor, marque todas de las siguientes enfermedades que USTED padece:

Presión alta	Colesterol alto	Fibrilación auricular
Diabetes	Apnea del Sueño Obstructiva	Ronquidos
Aterosclerosis	Problemas circulatorios	Agujero oval persistente
Historia de AIT	Displasia fibromuscular	Otro _____

