Historia medica para placas de los pulmones

**Patient name:**

**Tiene o ha tenido alguno de las siguientes enfermedades?**

Si No Fiebre.

Si No Fatiga/Cansancio.

Si No Perdida de pesa 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 of piernas.

Si No Ronquidos/Bostesar. 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.

Si No Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas. Si No Alta presion.

**MRN:**

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 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:**

Rev. 4/2018