



Kern Cardiology Medical Group

-Since 1978

(Sam) Sarabjit Singh, MD. FACC. FSCAI

Patient Health Questionnaire (Confidential) Date/Fecha: _____

(Please provide all the information asked to get the most effective treatment)

Nombre del Paciente _____ **Fecha De Nacimiento** ___/___/_____
 Patient Name Date of birth

Doctor quien lo esta refiriendo _____ **Referring Doctor** _____
 Referring Doctor PCP

Cual es la razon por la que vino a la oficina hoy?
 What brings you to our office today? _____

Tiene alergia Algun Medicamento: No. Yes. _____

Do you have any medication allergies?

Tiene alergia alguna comida No. Yes. _____

Do you have any food allergies?

Esta tomando pastilla para adelgazar la sangre: No. Yes. Who follows? _____

Are you currently on coumadin

Please check any symptoms from the list below that you have, so we can find out more about it: **Por favor Marque si tiene alguno de estos sintomas:**

Angina/Dolor/Molestia	Arrhythmia/Arritmias	Abnormal EKG/EKG Anormal
Chest Pains/Dolor de Pecho	Diabetes (I) (II)/Diabetes	Dizziness/Syncope/Mareo
Enlarged Heart/Agrandamiento del Corazon	Fainting /Desmayo	Heart Murmur/Soplo en el Corazon
Heart Attack/Ataque de Corazon	High Blood Pressure/Alta presion Arterial	Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica
Heart Failure/Insuficiencia Cardíaca	HighCholesterol/ Alto Colesterol	Blue lips or /finger nails/Labios Azules o las unas de los dedos
Leg Cramps/Calambres en las piernas	Swollen Legs/Piernas Hinchadas	Sexual Dysfunction/Disfuncion Sexual
Palpitations/Palpitaciones	Shortness of Breath/Dificultad para Respirar	Stroke /TIA/Derrame de cerebral
Thyroid Disease/Enfermedas de la Tiroides	Menopause/Menopausia	HIV/AIDS/Sida

Other symptoms/Otros Sintomas:

Have you ever had/Alguna vez a tenido	Where/Donde	When/Cuando
Stress test/ Prueba de tolerancia al ejercicio	Angiogram/ Angiograma	Angioplasty / Angioplastia
Echocardiogram/ Ultrasonido de Corazon	Bypass surgery/ Cirugia de Corazon Abierto	Defibrillator/ Desfibrilador
Valve surgery/ Cirugia de las Valvulas	Pacemaker/ Marcapasos	Thallium test/ Examen Nuclear

Hace Ejercicio de Rutina: _____

Do you exercise routinely/type/amount

Historia de usar Tabaco/Que Tipo/Cuanto: _____

History of tobacco use/type/amount

Historia de usar alcohol/Que Tipo/Cuanto: _____

History of alcohol use /type/amount

Historia de cafeina /Que Tipo/Cuanto: _____

History of Caffeine use /type/amount

Historia de drogas/Que Tipo/Cuanto: _____

History of Recreational Drug use /type/amount

Family Medical History

	Father/Padre	Mother/Madre	Sister/Hermana	Brother/Hermano
Coronary Artery Disease/ Enfermedas de corazon				
Diabetes (type I) or (type II)/ Diabetes Tipo (I) (II)				
Stroke / CVA/ Derrame				
High Blood Pressure/ Alta Presion				
High Cholesterol/ Alto Colesterol				
_____ Cancer/ Cancer				

Personal Surgical History: Y/N When/Cuando(mm/dd/yy) Complications/complicaciones

Appendectomy/ Apendectomia			
Back surgery/ Cirujia de la espalda			
Hysterectomy/ Histerectomia			
Thyroidectomy/ Tiroidectomia			
Gallbladder procedure/ Vesicula			
Knee surgery/ Cirujia de la Rodilla			
Other/ Otra:			

Pharmacy Name/Nombre de su Farmacia: _____

Address/Direccion: _____

Phone#/Numero de Telefono/ _____