Echocardiogram / Carotid Doppler History

Name / Nombre:_____
Social Security Number: _____
Today's Date / Fecha: _____/____/_____

Height / Estatura: _____ Weight/ Peso: _____ Allergies/Alergias: _____

Do you have any history of the following?	**Tiene usted historia de lo siguente?**	
Coronary Artery Disease/ Arteria Coronaria	□ NO	□ YES / SI
Heart Attack / Ataque del Corazon	□ NO	□ YES / SI
Coronary Angioplasty / Angioplastia Coronaria	□ NO	□ YES / SI
Angina	□ NO	□ YES / SI
High Blood Pressure / Presion Alta	□ NO	□ YES / SI
Diabetes	□ NO	□ YES / SI
High Cholesterol / Colesterol Alto	□ NO	□ YES / SI

Do you do any of the following? (Please specify amount)
Consume usted lo siguiente? (Por Favor epecifique la cantidad)

Smoke / Fuma	□ NO	□ YES / SI
Drink Coffee and/ or Tea / Toma Café o Te	□ NO	□ YES / SI
Drink Alcohol / Toma Alcol	□ NO	□ YES / SI
Follow a specific Diet / Sigue una Dieta Especifica	□ NO	□ YES / SI
Low Fat / Baja en Grasa	□ NO	□ YES / SI
Low Salt / Baja en Sal	□ NO	□ YES / SI
Low Sugar / Baja en Azucar	□ NO	□ YES / SI

Have you experienced any of the following?	**Tiene alguno de estos síntomas?**	
Chest pain / Dolor en el Pecho	□ NO	□ YES / SI
Chest Discomfort / Incomodidad en el Pecho	□ NO	□ YES / SI
Chest Pressure / Presion en el Pecho	□ NO	□ YES / SI
Shortness of Breath / Falta de Aire	□ NO	□ YES / SI
Palpitations / Palpitaciones	□ NO	□ YES / SI
Leg Pain / Dolor en las Piernas	□ NO	□ YES / SI
Dizziness / Mareo	□ NO	□ YES / SI
Faint Spells / Desmallos	□ NO	□ YES / SI
Nausea or Vomiting / Nausea o Vomito	□ NO	□ YES / SI
Headaches / Dolores de Cabeza	□ NO	□ YES / SI
Blurred Vision / Vision Borrosa	□ NO	□ YES / SI
Tingling and/or Numbness in arms or legs	□ NO	□ YES / SI
Piernas or Brasos Entumido o Calambre	□ NO	□ YES / SI