

Mission Hospital
Centro de rehabilitación cardiopulmonar

Información
sobre usted

Nombre: _____

Fecha: _____

**Por favor, responda las siguientes preguntas.
Puede haber más de una respuesta.**

Naturaleza de las enfermedades del corazón

Cardiopatía coronaria

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ocurre repentinamente | <input type="checkbox"/> Es progresiva |
| <input type="checkbox"/> Se cura mediante la angioplastia (globo), baipás o stent | <input type="checkbox"/> Puede ser reversible |

A continuación, se nombran algunos factores de riesgo de las enfermedades del corazón. Identifique **sus propios factores de riesgo**.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niveles de grasa en la sangre (lípidos/colesterol) | <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentario (inactivo) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (alta presión sanguínea) | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Dieta alta en grasas |
| <input type="checkbox"/> El estrés y cómo lo enfrenta | <input type="checkbox"/> Fumar |
| <input type="checkbox"/> Personalidad tipo A (intenso, decidido, se le hace difícil descansar, tiene ira/hostilidad indebida, se guarda las emociones) | <input type="checkbox"/> Su género (varón) |
| | <input type="checkbox"/> Historial familiar |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes/Pre-diabetes |

¿Qué ejercicio estaba haciendo antes de su evento cardíaco?

Tipo de ejercicio _____ Minutos _____

Veces a la semana _____

Cambiar algunos de sus comportamientos como la dieta, el ejercicio o el fumar pueden ayudarlo a prevenir eventos o procedimientos cardíacos en el futuro.

- Verdadero Falso

Señales y síntomas/medicamentos

Todas las siguientes señales pueden ser síntomas de angina de pecho, o estar asociadas con la angina de pecho. ¿Cuáles son los síntomas que ha tenido usted?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malestar en el pecho | <input type="checkbox"/> Malestar en la espalda |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el hombro | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el brazo/brazos | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el cuello | <input type="checkbox"/> Sudor |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Malestar en el abdomen | <input type="checkbox"/> Ansiedad |

¿Qué hacer si ocurren síntomas de angina?

- Tengo que dejar de hacer la actividad que estoy realizando y sentarme a descansar durante 5 minutos.
- Debo sentarme o acostarme, tomar nitroglicerina (tableta o rociador) cada 3-5 minutos pero no más de 3 veces. Si la angina persiste, tengo que llamar a los paramédicos (marcando el 911). Si la angina se alivia, tengo que llamar a mi médico y decirle lo que sucedió.
- Tengo que continuar realizando la actividad y tratar de seguir adelante.
- Si la angina persiste, tengo que dirigirme al hospital.

Marque con una palomita (✓) las oraciones verdaderas relacionadas con los medicamentos:

- Si me olvido de tomar mi medicamento, debo incrementar la cantidad en la próxima dosis.
- No debo dejar de tomar los medicamentos ni cambiar la dosis sin consultar a mi médico(o médicos).
- Debo llevar conmigo un papel escrito que indique qué medicamentos estoy tomando, la dosis y qué tan seguido los tomo cada día.

Psicosocial/Espiritual

Es importante aprender a:

- Evaluar las prioridades correctamente
- Utilizar actividades que promuevan la relajación
- Enfocarme muy intensamente en mi trabajo y en mi estilo de vida

Durante las últimas 2 semanas, ¿le han molestado algunas de las siguientes cosas?

- Poco o nada de interés o placer en hacer cosas
- Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado
- Nada de lo antes mencionado

Educación

Por favor, marque con una palomita (✓) los cambios que ha hecho en su estilo de vida

- Dejó de fumar
- Aprendió técnicas para relajarse
- Redujo las porciones de comida o el total de calorías en su alimentación
- Redujo las grasas saturadas en su dieta
- Comenzó a hacer ejercicio con regularidad
- Comenzó/mejóro el manejo de la diabetes
- Perdió peso
- Se unió a un grupo de apoyo
- Hizo un nuevo compromiso de hacer un cambio saludable en su estilo de vida
- Obtuvo materiales/libros sobre cómo reducir sus factores de riesgo
- Otra cosa: _____

¿Le gustaría hacer una cita para una consulta sobre su alimentación? Sí No

Ataques al corazón

Es muy común que una persona niegue que en realidad está teniendo un ataque al corazón.

- Verdadero Falso

Después de un ataque al corazón, se forma una cicatriz en el corazón donde hubo daño al músculo cardíaco. Este proceso toma de 4 a 6 semanas.

- Verdadero Falso

Cirugía del corazón/procedimientos de intervención cardíaca

Usted puede ignorar los síntomas tipo angina si ha tenido cirugía del corazón o una intervención como una angioplastia (globo) o stent.

- Verdadero Falso

Información sobre la rehabilitación

¿Bebe usted alcohol? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuántas onzas de alcohol bebe al día?

¿Bebe usted cafeína? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuántas tazas de 6 onzas de café/té/refrescos toma al día?

¿Tiene algún problema ortopédico (músculo, articulación o hueso)? Sí No

Si contestó que sí, descríballo:

¿Cuáles son sus metas específicas para la rehabilitación cardíaca?

¿Cuenta con instrucciones por adelantado (por ejemplo, un poder notarial para las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud)? Sí No

Si contestó que no, ¿desea recibir información? Sí No