

# Cuestionario Para nuevos Pacientes

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH  
Angelo Milazzo, MD, FAAP, FACC  
Salim Idriss, MD, PhD, FAAP, FACC  
Cathy Robinson, RN

Padres o guardianes:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Telefono casero: \_\_\_\_\_ Telefono casero: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Por favor nombre personas adicionales a quien podemos contactar y compartir información:

Nombre:	Relación con paciente:	Teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Quien los refirió a esta consulta hoy? \_\_\_\_\_

Pediatría o Proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Localización de la clínica: \_\_\_\_\_

¿Cual es la razón por su visita hoy día? \_\_\_\_\_

¿El paciente has sido evaluado por un cardiólogo anteriormente?  Si  No

¿Tiene el paciente especialistas adicionales?  Si  No

Si contesto "sí" favor de nombrar los especialistas: \_\_\_\_\_

¿Deja el paciente en una guardería?  Si  No  N/A

Si el paciente asiste a la escuela, ¿en que grado esta? \_\_\_\_\_

¿El paciente hace ejercicios diariamente?  Si  No  N/A

Por favor escriba los deportes en que participa el paciente: \_\_\_\_\_

¿Existió alguna dificultad en el nacimiento del paciente?  Si  No

¿Están al día las vacunas del paciente?  Si  No

*Por favor contestar preguntas adicionales que es encuentran al otro lado de la página.*

# Cuestionario Para nuevos Pacientes

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH  
Angelo Milazzo, MD, FAAP, FACC  
Salim Idriss, MD, PhD, FAAP, FACC  
Cathy Robinson, RN

El paciente tiene o ha tenido algunas de las siguientes síntomas? Marque todos los que le aplique.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soplo   | <input type="checkbox"/> Palpitaciones o latido del Corazon irregular |
| <input type="checkbox"/> Partes del cuerpo que es ponen azul or morado | <input type="checkbox"/> Mareos o aturdimiento                        |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con jugar o hacer ejercicio        | <input type="checkbox"/> Vertigo                                      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                                | <input type="checkbox"/> Desmayos                                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad en crecimiento                     | <input type="checkbox"/> Presion alta                                 |
| <input type="checkbox"/> Aumento o perdida de peso abnormal            | <input type="checkbox"/> Altos niveles de colesterol                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con dar pecho a biberón            | <input type="checkbox"/> Migrañas o frecuentes Dolores de cabeza      |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes fiebres                            | <input type="checkbox"/> Falta de aire                                |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones del oido               | <input type="checkbox"/> Asthma                                       |
| <input type="checkbox"/> Frecuente infeccion de garganta               | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales o con el medio abiente |
| <input type="checkbox"/> Frecuente pnemonia                            | <input type="checkbox"/> Toz  |
| <input type="checkbox"/> Frecuente infecciones del tracto urniario     | <input type="checkbox"/> Rocar  |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GERD)                | <input type="checkbox"/> Inflamacion o dolor de articulacion          |
| <input type="checkbox"/> Frecuente diarrea o estreñimiento             | <input type="checkbox"/> Inchazon de manos, brazos o piernas          |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el abdomen                           | <input type="checkbox"/> Irritaciones de piel                         |
| <input type="checkbox"/> Sangre en el orin o excremento                | <input type="checkbox"/> Inesperados o excesivo sangrado o moretones  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                  | <input type="checkbox"/> Desabilidad en aprendizaje                   |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento o hormigueo                    | <input type="checkbox"/> Desabilidad en desarrollo                    |
| <input type="checkbox"/> ADD or ADHD                                   | <input type="checkbox"/> Dificultades con vision                      |
| <input type="checkbox"/> Depresion o ansiedad                          | <input type="checkbox"/> Dificultades con el oir                      |

¿Le han hecho cirugía al paciente?  Si  No

Si contesto "Si" favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Has sido hospitalizado el paciente?  Si  No

Si contesto "si" favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Padece de algunas de las siguientes problemas en su familia? De ambos lados (Padre y Madre)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niños que nacieron con defectos del Corazón               | <input type="checkbox"/> Latido irregular del Corazon               |
| <input type="checkbox"/> Niños que nacieron con otro defecto                       | <input type="checkbox"/> Presion alta                               |
| <input type="checkbox"/> Muerte repentina de menor de un año                       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                            |
| <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón a personas menores de 55 años          | <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 1 (requiere de insulina)    |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral a personas menores de 55 años            | <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 2 (no requiere de insulina) |
| <input type="checkbox"/> Colocación de marca pasos a alguien menor de 55 años      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del tiroide                     |
| <input type="checkbox"/> Muerte por causa cardiaca a alguien menor de 55 años      | <input type="checkbox"/> Lupus                                      |
| <input type="checkbox"/> Muerte por causas no cardiacos a alguien menor de 55 años | <input type="checkbox"/> Cancer                                     |

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres del paciente; (del paciente si es mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

*Gracias por completar este cuestionario.*