

Cuestionario Para nuevos Pacientes

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

Nombre del Paciente: _____ FdN: _____

Padres o guardianes:
Madre: _____ Padre: _____

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
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 urinario | <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 alunas 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"/> Enfremedad 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.