

# Cuestionario para Nuevos pacientes Prenatales

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH

Angelo Milazzo, MD  
Salim Idriss, MD, PhD, FAAP, FACC  
Cathy Robinson, RN

Dirección Primaria: \_\_\_\_\_

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

Teléfono casera: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor indica las personas a quien podemos contactar y compartir información:

Nombre:	Relación con Ud.:	Numero de teléfono:
---------	-------------------	---------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Quien la refirió a esta consulta? \_\_\_\_\_

Proveedor de OB/GYN: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Lugar de la clínica: \_\_\_\_\_

¿Esta consultado con un especialista prenatal o doctor de embarazos de algo riesgo?  Si  No

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

¿Ha sido evaluada por un especialista de cardiología anteriormente?  Si  No

¿Es evaluada por algún otro especialista?  Si  No

Si contesto Si, favor de indicar que especialista son: \_\_\_\_\_

¿Cuantas semanas de embarazo lleva? \_\_\_\_\_  No se

¿Que fecha fue de su último ciclo menstrual? \_\_\_\_\_  No se

¿Para cuando se aliviara? \_\_\_\_\_  No se

¿Uso tratamiento de infertilidad o fertilizacion in Vitro?  Si  No

¿Durante su embarazo le han diagnosticado amniocentesis o Análisis de vello coriónica?  Si  No

¿Cuantas veces se ha embarazado? \_\_\_\_\_

¿Cuantos hijos/as tiene? \_\_\_\_\_

¿En que hospital piensa aliviarse? \_\_\_\_\_  No se

Por favor volteé para preguntas adicionales

# Cuestionario para Nuevos pacientes Prenatales

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH

Angelo Milazzo, MD  
Salim Idriss, MD, PhD, FAAP, FACC  
Cathy Robinson, RN

Ha tenido algunas de las siguientes síntomas o problemas durante el embarazo?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Sangramiento    |
| <input type="checkbox"/> Hipertension                       | <input type="checkbox"/> Anemia          |
| <input type="checkbox"/> Preeclampsia                       | <input type="checkbox"/> Contracciones   |
| <input type="checkbox"/> Placenta previa                    | <input type="checkbox"/> Parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmision sexual | <input type="checkbox"/> Uso de litio    |
| <input type="checkbox"/> Infeccion urinaria                 | <input type="checkbox"/> Uso de alcol    |
| <input type="checkbox"/> Infeccion vaginal                  | <input type="checkbox"/> Fuma cigarros   |

¿Tiene algún problema medico fuera del embarazo?  Si  No

Si contesto que si, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugia?  Si  No

Si contesto que si, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizada por algo?  Si  No

Si contesto que si, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

Tiene algún hijo/a con problemas cardiacos?  Si  No

Es generalmente saludable el papa de su bebe?  Si  No

Si no lo es favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

¿Trabaja?  Si  No Cual es su ocupacion? \_\_\_\_\_

¿Ya escogió el pediatría del bebe?  Si  No

Indique el nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Tiene algo de los siguiente problemas en su historia familiar de ambos padres?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niño que nacieron con defectos de Corazón.            | <input type="checkbox"/> Muerte por causa no cardiaco bajo la edad de 55 años |
| <input type="checkbox"/> Niños que nacieron con otro tipo de defectos          | <input type="checkbox"/> Presion alta   |
| <input type="checkbox"/> SIDS o muerte repentina de niños menores de 1 año     | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                                      |
| <input type="checkbox"/> Ataques del Corazón bajo la edad de 55 años           | <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 1 (requiere de insulina)              |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral bajo la edad de 55 años              | <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 2 (no requiere de insulina)           |
| <input type="checkbox"/> Colocación de marcapasos bajo la edad de 55 años      | <input type="checkbox"/> Enfermedad del triode                                |
| <input type="checkbox"/> Muerte por una causa cardiaco bajo la edad de 55 años | <input type="checkbox"/> Lupus  |

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Gracias por completar este cuestionario.