

Cuestionario para Nuevos pacientes Prenatales

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH

Angelo Milazzo, MD, FAAP, FACC
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: _____

¿Cuántas 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 fertilización in Vitro? Si No

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

¿Cuántas veces se ha embarazado? _____

¿Cuántos 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, FAAP, FACC
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

Gracias por completar este cuestionario.