

**NORTHWEST CENTER FOR CONGENITAL HEART DISEASE**

*Cuestionario del Paciente Nuevo – Adolescente  
(Porfavor rellenar/fijar las cajas a lo mejor que pueda)*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Cita: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino  
Medico Primario (PCP): \_\_\_\_\_  
Medico de Referencia (si es diferente que el Medico Primario): \_\_\_\_\_

**Razon por visita al Cardiólogo:** \_\_\_\_\_

Historia de nacimiento: Problemas al Recien Nacido(a): Problemas Cardíaco, Problemas Respiratorio, Ictericia, Infeccion, Prematuro, Problemas Alimentarios, Otro \_\_\_\_\_

Historia Medica: (Fijar y explicar en breve solamente si lo siguiente han hecho problematicos)

- ADD/ADHD/Problemas con Comportamiento: \_\_\_\_\_
- Asma: \_\_\_\_\_
- Problemas Cromosoma/Geneticos: \_\_\_\_\_
- Frecuente Infecciones al oido/sinusitis/garganta: \_\_\_\_\_
- Pulmonia/Infecciones Respiratorios: \_\_\_\_\_
- Aflujo Gastrico: \_\_\_\_\_
- Ataques: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones (explique admisiones al hospital que no sean cardiacos): \_\_\_\_\_

Historia Quirurgico: (porfavor liste cirugias, fechas, y medicos que no sean cardiacos)

Historia Familiar: Porfavor fije y explique miembros de la familia (padres, hermanos, abuelos, tios/tias)

Enfermedades Congenito del Corazon (nacido con el corazon abnormal) \_\_\_\_\_  
Muertes Inesperados \_\_\_\_\_  
Desorden Geneticos \_\_\_\_\_  
Enfermedades Coronarios Tempranos (antes de 50 anos) \_\_\_\_\_  
Pertubacion al Ritmo del Corazon \_\_\_\_\_  
Alto Colesterol \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
El nino(a) es adoptado \_\_\_\_\_

Historia Social: (porfavor fije solamente con lo que aplica)

El Nino(a) vive con Ambos Padres Madre Padre Otros: \_\_\_\_\_

Padres estan: Casados Divorciados Separados Ambos Padres estan comprometidos

El Nino(a) esta en cuidado de adopcion

Liste los miembros en casa: \_\_\_\_\_

Esquela: Nino(a) atiende Grado: \_\_\_\_\_ Nombre de la Esquela: \_\_\_\_\_

Tipo de Estudiante: Medio Sobre Medio Bajo Medio

Presiones Sociales: Mover Reciente, Divorcio, Grados, Intimidadores en la Esquela, Otros: \_\_\_\_\_

Deportes: \_\_\_\_\_

Actividades o Aficiones: \_\_\_\_\_

Fuman en Casa o usan Tabaco \_\_\_\_\_

Usan Alcol: \_\_\_\_\_

Usan Drogas: \_\_\_\_\_

Sexualmente Activo(a): \_\_\_\_\_

Vacunas: Curientes Retrasado No estoy seguro(a)

# Informacion de el Paciente

Nombre de el Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Femenino

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Direccion de correo o donde vive: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Telefono de celular: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía donde trabaja la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de el Padre: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Direccion de correo o donde vive: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía donde trabaja el Padre: \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Telefono de celular: ( ) \_\_\_\_\_

Farmacia: Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre de la clinica y el doctor de la familia: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

Persona que se puede comunicar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

## Informacion de aseguranca (Primaria)

Persona asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de asegurado \_\_\_\_\_

# de identification: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

## Informacion de aseguranca (Segundaria)

Persona asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de asegurado \_\_\_\_\_

# de identification: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

*Yo doy autorizacion de pago de beneficios medicos a el doctor:*

Firma del padre o guardiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_