

**NORTHWEST CENTER FOR CONGENITAL HEART DISEASE**

**Cuestionario del Paciente Nuevo – Niño(a)**

(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/prenatal: Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura de Nacimiento: \_\_\_\_\_ nacimiento multiples? \_\_\_\_\_

Duracion del Embarazo: Termino Completo Termino Prematuro \_\_\_\_\_ semanas

Cuidado prenatal fue empezado a las: \_\_\_\_\_ semanas

Problemas con el Embarazo (*Fije todo lo que se la aplica*): preocupaciones fetales cardiaco, Diabetes, Hipertension, Infeccion, perdida de sangre, embolios, Lupus Materno, insuficiente ganancia de peso, Otros: \_\_\_\_\_

Medicamentos tomando durante el embarazo(menos vitaminas): \_\_\_\_\_

Fuma, toma alcohol, o otras drogas durante el emabarazo: \_\_\_\_\_

Problemas al Recien Nacido(a): Problemas Cardiaco, Problemas Respiratorio, Ictericia, Infeccion, Prematuro, Problemas Alimentarios, Otro \_\_\_\_\_

Historia Medica: (Fijar y ex[pl]icar 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: \_\_\_\_\_

Hospatilizaciones (explique admisiones al hospital que no sean cardiacos): \_\_\_\_\_

Historia Quirurgico: (profavor liste cirugias, fechas, y medicos que no sean cardiaco)

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 de Corazon \_\_\_\_\_

Alto Colesterol \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

El niño(a) es adoptado \_\_\_\_\_

Historia Social:

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

Padres estan: Casados Divorciados Separados Ambos Padres estan comprometidos

El Niño(a) esta en cuidado de adopcion

Liste los miembros en Casa: \_\_\_\_\_

Esquela: Niño(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 \_\_\_\_\_ Animals/Mascotas \_\_\_\_\_

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 Compañia 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 Compañia 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:** \_\_\_\_\_