

NORTHWEST CENTER FOR CONGENITAL HEART DISEASE

Forma de Evaluacion de Enfermedades Congenito del Corazon

(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 Cardíaco: (Explicarse en breve lo mejor que puede) _____

Historia de Intervenciones de Cateterismo: (Incluir fechas, localizaciones, medicos; por ejemplo Globos,?,?)
No previo procedimientos de Cateterismo

Historia Quirúrgico Cardíaco: (Inscribir previos cirugias, fechas, localizaciones, y medicos)
No previo quirúrgico cardíaco

Historia de Arritmia: (Inscribe previos procedimientos, fechas, localizaciones, y medicos; por ejemplo: ablacion, marcopaso, ICD)
No previo EP procedimientos

Medicamentos Corrientes: (Inscribir todos los medicamentos, concentraciones. Dosis, y frecuencia)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

