



Newport Harbor Cardiology, Inc.

601 Dover Drive, Suite 2, Newport Beach, CA 92663



CUESTIONARIO DE SALUD (Edad 4-21)

Nombre: _____

Fecha: _____

Pediatra o proveedor de atención primaria: _____

¿Cuál es la razón para que hoy visiten? _____

¿Se ha evaluado su hijo (a) por un cardiólogo antes? _____ Si _____ No

Por favor, marque la columna si su hijo ha tenido otros problemas o síntomas relacionados con cualquiera de los siguientes:			
<input type="checkbox"/>	Soplo	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones o latidos irregulares
<input type="checkbox"/>	Color azulado (cianosis) en cualquier parte del cuerpo	<input type="checkbox"/>	Mareo
<input type="checkbox"/>	Dificultad en el juego o ejercicio	<input type="checkbox"/>	Desmayo
<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Dificultad Crecimiento	<input type="checkbox"/>	Los niveles altos de colesterol
<input type="checkbox"/>	Pérdida anormal de peso o ganancia	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza frecuentes o migraña
<input type="checkbox"/>	Dificultad con la alimentación con biberón o lactancia materna	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Fiebre frecuente	<input type="checkbox"/>	Las sibilancias o asma
<input type="checkbox"/>	Frecuente infección en los senos o oído	<input type="checkbox"/>	Las alergias estacionales o ambientales
<input type="checkbox"/>	Frecuente infección en la garganta	<input type="checkbox"/>	Tos crónica
<input type="checkbox"/>	Frecuente neumonía	<input type="checkbox"/>	Ronquidos
<input type="checkbox"/>	Frecuente infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	ADD o ADHD
<input type="checkbox"/>	El reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de brazos, manos, piernas o pies
<input type="checkbox"/>	La diarrea frecuente o estreñimiento	<input type="checkbox"/>	El abuso de sustancias de drogas / alcohol
<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Menstruación anormal / períodos
<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina o en las heces	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Discapacidades del desarrollo
<input type="checkbox"/>	El entumecimiento u hormigueo	<input type="checkbox"/>	La depresión o la ansiedad

¿Su hijo toma algún medicamento?: _____ Si _____ No		
Si es "si", cuales son los medicamentos?	Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
1.		
2.		
3.		
4.		

Tiene su niño(a) reacciones alérgicas a las drogas o comidas?: _____ Si _____ No
Si es "si", cuáles?
1.
2.
3.

Historia de Salud

	Si	No	Comentario:
Problema durante el embarazo? Cesárea?			
Problemas Después de Embarazo?			
El peso al nacer del niño			
¿Fue su hijo prematuro?			
¿Su hijo tiene algún problema de salud crónico?			
Hospitalizaciones pasadas?			
Procedimientos Quirúrgicos pasado?			

Inmunizaciones

¿El paciente está al día con sus vacunas / inmunizaciones?

Si no es así, cuál es la inmunización no se ha tomado?

Historia Familiar

Miembro de la Familia	Edad	Problemas médicos
Madre biológica		
Padre biológico		
Hermana (s)		
Hermano (s)		
¿Alguien en su familia nació con un defecto en el corazón?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia murió de repente a una edad temprana?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia requiere un marcapasos?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia ha tenido ataques cardíacos tempranos? (hombres <55 años, mujeres <65yo)	___ Si ___ No	Describe:
¿Tiene alguno de estos problemas a ambos lados de su familia? Marque todas las que apliquen.		
___ Niños que nacen con otros defectos congénitos? ___ Niños que han tenido una cirugía del corazón ___ SIDS o la muerte en bebés menores de 1 año de edad ___ Muerte inexplicable ___ Infarto menores de 55 años de edad ___ Marcapasos o un desfibrilador menos de 55 años de edad ___ Muerte por causa cardíaca menos de 55 años de edad ___ La muerte por causa no cardíaca de menos de 55 años de edad ___ Desmayo	___ Latidos cardíacos anormales / rápido / irregular o arritmia ___ Hipertensión ___ Colesterol alto ___ Asma ___ Diabetes tipo 1 (que requiere insulina) ___ Diabetes tipo 2 (no requiere insulina) ___ Enfermedad de la tiroides ___ Lupus ___ Cáncer (Por favor, especifique: _____) ___ Convulsiones ___ Migrañas	

Firma

Fecha

Printed name/ Relationship to patient