



Pacific Pediatric Cardiology Medical Group, Inc.

Practice Limited to Pediatric Cardiology and Adults with Congenital Heart Disease
www.PacificPediatricCardiology.com

Lennis P. Burke, M.D.

Joseph Ahdoon, M.D.

Irving R. Tessler, M.D.

Elizabeth R. De Oliveira, M.D.

John Ho, M.D.

Susanna Tran, M.D. Christiana Tai, M.D.

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO EL FORMULARIO: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Razon de la consulta? _____

¿Cuándo empezó el problema? _____

HISTORIA NACIMIENTO

Nombre del hospital donde nació el niño _____

El peso al nacer _____ libra _____ oz

¿El paciente nació prematuro? Si No

¿Tuvo complicaciones durante el embarazo? Si No

¿Tuvo complicaciones en el parto? Si No

¿El paciente nació por Cesárea? Si No

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta de arriba, por favor explique: _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Desarrollo normal? Si No

Retraso en el desarrollo? Si No

Atraso en el habla? Si No

ANTECEDENTES MÉDICOS

Admisiones al hospital? Si No

Cualquier cirugía? Si No

Vacunas actualizadas? Si No

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES AL PACIENTE? Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor explique: _____

Soplo Si No

Desmayos / La pérdida de conciencia Si No

Dolor de pecho Si No

Palpitaciones / palpitaciones rapidas Si No

Altapresion Si No

Dificultad para respirar..... Si No

Retraso en el desarrollo Si No

Fatiga Si No

Pulmonia Si No

Asma Si No

Problemas en los ojos Si No

Oídos / nariz / garganta problemas Si No

Problema al comer o dolor de estómago Si No

Problemas musculares Si No

Problemas / Erupciones en la piel Si No

Convulsiones / problemas cerebrales..... Si No

Problemas Hormonales/ Diabetes Si No

Problemas en la sangre / Anemia Si No

Cáncer Si No

ADHD/ADD/Dificultades de aprendizaje Si No

ALERGIAS Si No

¿Toma su hijo algún medicamento Si No

TIENE ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS Si No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Edad de la Madre? _____ Estado de salud _____

Edad de la Padre? _____ Estado de salud _____

Edad de los hermanos y hermanas Estado de Salud? _____

Cualquier antecedente de cardiopatía congénita en la familia? _____

CUALQUIER PERSONA EN SU FAMILIA HA TENIDO LO SIGUIENTE?

Muerte súbita cardíaca antes de los 50 años Si No

El colesterol alto Si No

Presion alta Si No

Ritmo cardíaco anormal / ECG Abnormalidad Si No

Miocardopatía Si No

Diabetes Si No