



## CUESTIONARIO DE SALUD (Edad 4-21)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pediatra o proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Cuál es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

Ha sido evaluado su hijo (a) por un cardiólogo en el pasado?  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 cual quier 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 "sí", 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 "sí", 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?			

Immunizaciones
El paciente esta 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:
<b>Tiene alguno de estos problemas a ambos lados de su familia? Marque todas las que apliquen.</b>		
<input type="checkbox"/> Niños que nacen con otros defectos congénitos? <input type="checkbox"/> Niños que han tenido una cirugía del corazón <input type="checkbox"/> SIDS o la muerte en bebés menores de 1 año de edad <input type="checkbox"/> Muerte inexplicable <input type="checkbox"/> Infarto menores de 55 años de edad <input type="checkbox"/> Marcapasos o un desfibrilador menos de 55 años de edad <input type="checkbox"/> Muerte por causa cardíaca menos de 55 años de edad <input type="checkbox"/> La muerte por causa no cardíaca de menos de 55 años de edad <input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Latidos cardíacos anormales / rápido / irregular o arritmia <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 (que requiere insulina) <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 (no requiere insulina) <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Cáncer (Por favor, especifique: _____) <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Migrañas	

Firma

Fecha

Nombre en molde y relacion al paciente