



CHILDREN'S HEART CLINIC
 411 N. Central Ave., Suite 250
 Glendale, CA 91203
 P: 818.839.7101 * F: 818.839.7199
www.TheChildrensHeartClinic.com

CUESTIONARIO DE SALUD (INFANTIL / MENOR)

Nombre: _____ Fecha: _____

Pediatra o proveedor de atención primaria: _____

Cuál es la razón para su visita hoy? _____

Se ha evaluado el paciente por un cardiólogo antes? Si No

Por favor, marque la columna si su hijo ha tenido alguno de los siguientes síntomas:			
	Respiración rápida		Hinchazón de la cara, las manos o las piernas
	Falta de aire con el esfuerzo		Tos
	Color azulado (cianosis)		desmayarse
	Sudoración durante el alimentación		Latidos acelerados
	Dificultad para respirar durante la alimentación		Dificultad con la ganancia de peso o crecimiento

Por favor, marque la columna si su hijo ha tenido otros problemas o síntomas relacionados con cualquiera de los siguientes:			
	Dolores de cabeza		Convulsiones
	Ojos		retraso en el desarrollo
	Oído, nariz, garganta		Piel
	alimentación		Sangrado
	La diarrea crónica o estreñimiento		Moretones
	Riñón o vejiga		Alergias
	musculatura		Diabetes
	huesos		Salud Mental

Su hijo toma algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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?			
Su hijo está alimentado a través de un tubo?			
Qué come su hijo?	<input type="checkbox"/> leche materna <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> alimentos regulares		

Inmunizacions
El paciente está al día con sus vacunas / inmunizaciones?
Si no es así, que la inmunización no se ha tomado?

Historia Familiar		
Miembro de la Familia	Edad	Problemas médicos
Madre biológica		
Padre biológico		
Hermana (s)		
Hermano (s)		
Tiene alguno de estos problemas a ambos lados de su familia? Marque todas las que apliquen		
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 han tenido ataques cardíacos tempranos?	__Si__No	Describe:

Firma

Fecha

Nombre en molde y relacion al paciente