

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA DEL
PACIENTE - CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (opcional): Hombre Mujer Otro: _____

Persona que llena el formulario y relación con el paciente: _____

Farmacia de preferencia (nombre y ubicación): _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Otros médicos que atienden a su hijo: _____

Motivo de la visita de seguimiento: _____

¿EL PACIENTE TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

- | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Dolor de pecho | Poca capacidad para ejercitarse | Síncope | Sensación de mareo |
| Color morado en la piel | Fatiga | Latidos rápidos de corazón | Dificultad para comer |
| Mareo | Palpitaciones | Sudoración excesiva | Poco aumento de peso |
| Edema (hinchazón) | Dificultad para respirar | Palidez | Falta de apetito |

ALERGIAS

Ninguna alergia que se sepa. (Enumere cualquier alergia e intolerancia a medicamentos, alimentos y ambientales).

Alergia	Reacción

MEDICAMENTOS

No toma ningún medicamento Enumere cualquier medicamento que toma, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento	Preparación (por ejemplo: Pastillas, suspensión)	Dosis	Frecuencia	Fecha que empezó el medicamento:

ENFERMEDADES, HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS

Enumere las últimas enfermedades, vistas a urgencias o cirugías desde la última visita.

Fecha:	Motivo:	Fecha:	Motivo:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Gender Identity (optional): Male Female Other: _____

Person filling out form and relationship to patient: _____

Preferred Pharmacy (name and location): _____

Primary Care Provider: _____ Phone #: _____

Other Providers: _____

Reason for follow up visit: _____

IS THE PATIENT EXPERIENCING ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS?

- | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|--------------------|
| Chest pain | Poor exercise capacity | Syncope | Lightheadedness |
| Blue skin color | Fatigue | Fast heart beats | Feeding difficulty |
| Dizziness | Palpitations | Diaphoresis | Poor weight gain |
| Edema (swelling) | Shortness of breath | Pallor | Poor appetite |

ALLERGIES

No known allergies (List any allergies and intolerances to medications, food or the environment).

Allergy	Reaction

MEDICATIONS

No Medications List any medications you are taking, with dose and how often.

Medication Name	Preparation (i.e., tablet, suspension)	Dose	How often?	Date medication started

ILLNESSES/ HOSPITALIZATIONS AND/OR SURGERIES

Please list illnesses, ER visits, hospitalizations or surgeries since their last visit.

Date:	Reason:	Date:	Reason:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA DEL
PACIENTE - CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Escriba cualquier nueva enfermedad de los miembros de la familia: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

El paciente vive con: Madre Padre Hermanos Abuelos Padrastros Padres de acogida
 Padres adoptivos

¿Alguien de su casa fuma? Sí No Si es así, ¿Quién? _____

Grado que cursa (si el niño es mayor de 5 años): _____ Recibe servicios especiales en la escuela

VACUNAS

No se sabe si las vacunas están al día Vacunas al día No se le ha vacunado por elección propia

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

¿Tiene alguna preocupación sobre el crecimiento y desarrollo físico de su hijo? Sí No

Si es así, explique: _____

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

FAMILY HISTORYList any new health conditions for family members: _____
_____**SOCIAL HISTORY**Patient lives with: Mother Father Siblings Grandparents Step-Parents Foster Parents
 Adoptive ParentsSmokers in household: Yes No If yes, list: _____Grade in school (> 5 years of age): _____ Child receives special services in school**IMMUNIZATIONS** Immunization history unknown Immunization up-to-date No immunizations by choice**GROWTH AND DEVELOPMENT**Do you have any concerns about your child's physical growth and development? Yes NoIf yes, explain: _____
_____**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA DEL
PACIENTE - CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

GENERAL			GASTROINTESTINAL			MUSCULOESQUELÉTICO		
Cambios de actividad	Sí	No	Distensión abdominal	Sí	No	Deformidades de los huesos	Sí	No
Cambios de apetito	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Dolores musculares	Sí	No
Fiebre	Sí	No	Problemas para comer	Sí	No	Escoliosis	Sí	No
Irritabilidad	Sí	No	Náusea	Sí	No	PIEL		
Letargo	Sí	No	Dificultad para tragar	Sí	No	Manchas o marcas de nacimiento	Sí	No
Aumento de peso lento	Sí	No	Síntomas de reflujo	Sí	No	Cianosis	Sí	No
Problemas para dormir	Sí	No	Vómito	Sí	No	Cambios en las uñas	Sí	No
OJOS			GENITOURINARIO			Erupciones en la piel	Sí	No
Supuración de los ojos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No	NEUROLÓGICO		
Ojo perezoso (ambliopía)	Sí	No	Disminución de la orina	Sí	No	Mareos	Sí	No
OÍDOS, OJOS, NARIZ Y GARGANTA			Micción frecuente	Sí	No	Retraso del desarrollo	Sí	No
Caries	Sí	No	Menstruación dolorosa	Sí	No	Dolor de cabeza	Sí	No
Sangrado de las encías	Sí	No	HEMATOLÓGICO			Hiperactividad	Sí	No
Pérdida de la audición	Sí	No	Anemia	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Congestión nasal	Sí	No	Sangra con facilidad	Sí	No	Debilidad	Sí	No
Sangrado nasal	Sí	No	Hace moretes con facilidad	Sí	No	PSIQUIÁTRICO		
Apnea del sueño	Sí	No	Leucemia	Sí	No	Déficit de atención	Sí	No
RESPIRATORIO			Otros tipos de cáncer	Sí	No	Déficit de atención e hiperactividad	Sí	No
Síntomas de asma	Sí	No	Ganglios inflamados	Sí	No	Depresión	Sí	No
Tos	Sí	No	ENDOCRINO			ALERGIAS/INMUNITARIO		
Neumonía frecuente	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Alergias ambientales	Sí	No
Dificultad para respirar	Sí	No	Aumento de peso excesivo	Sí	No	Infecciones constantes	Sí	No
Ronca	Sí	No	Retraso del crecimiento	Sí	No			
Sibilancia	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No			
			Pérdida de peso	Sí	No			

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD

**PATIENT MEDICAL HISTORY UPDATE
PEDIATRIC CARDIOLOGY**

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

REVIEW OF SYSTEMS

CONSTITUTIONAL			GASTROINTESTINAL			MUSCULOSKELETAL		
Activity change	Yes	No	Abdominal distension	Yes	No	Bone deformity	Yes	No
Appetite change	Yes	No	Abdominal pain	Yes	No	Muscle aches	Yes	No
Fever	Yes	No	Eating problems	Yes	No	Scoliosis	Yes	No
Irritability	Yes	No	Nausea	Yes	No	SKIN		
Lethargy	Yes	No	Swallowing difficulty	Yes	No	Birthmarks	Yes	No
Slow weight gain	Yes	No	Reflux symptoms	Yes	No	Cyanosis	Yes	No
Trouble sleeping	Yes	No	Vomiting	Yes	No	Nail changes	Yes	No
EYE			GENITOURINARY			Rash	Yes	No
Eye drainage	Yes	No	Blood in urine	Yes	No	NEUROLOGICAL		
Lazy eye	Yes	No	Decreased urination	Yes	No	Dizziness	Yes	No
ENMT			Frequent urination	Yes	No	Developmental Delay	Yes	No
Cavities	Yes	No	Painful menses	Yes	No	Headache	Yes	No
Gum bleeding	Yes	No	HEMATOLOGIC			Hyperactivity	Yes	No
Hearing loss	Yes	No	Anemia	Yes	No	Seizures	Yes	No
Nasal congestion	Yes	No	Easy bleeding	Yes	No	Weakness	Yes	No
Nosebleeds	Yes	No	Easy to bruise	Yes	No	PSYCHIATRIC		
Sleep apnea	Yes	No	Leukemia	Yes	No	ADD	Yes	No
RESPIRATORY			Other malignancies	Yes	No	ADHD	Yes	No
Asthma symptoms	Yes	No	Swollen glands	Yes	No	Depression	Yes	No
Cough	Yes	No	ENDOCRINE			ALLERGY / IMMUNE		
Frequent pneumonia	Yes	No	Diabetes	Yes	No	Environmental allergies	Yes	No
Shortness of breath	Yes	No	Excessive weight gain	Yes	No	Persistent infections	Yes	No
Snoring	Yes	No	Slow growth	Yes	No			
Wheezing	Yes	No	Thyroid disease	Yes	No			
			Weight loss	Yes	No			

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD