

NUEVA FORMULARIO DE PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ HABITACION #: _____
 Médico Referente: _____ Médico de Atención Primaria: _____ FECHA: _____

HISTORIA - COMPLETADA POR PACIENTE / PADRE

1. Motivo de su visita _____
 2. Por favor indique si el paciente tiene problemas actuales, signos o síntomas en cualquiera de las siguientes áreas:

	No	Si		No	Si
Fiebre, pérdida de peso, fatiga, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orejas, Nariz, Boca, Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides / Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estómago / Digestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones / Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre / Linfático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón / Circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Músculo / Articulaciones / Huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinario / Reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **HISTORIAL MÉDICO:**

- Edad gestacional _____ semanas _____
 Peso al nacer _____
 ¿Fecha de la última revisión dental? _____
 ¿Ha sido diagnosticado con un soplo cardíaco? NO SI
 ¿Alguna historia de ponerse azul o cianótico? NO SI
 ¿Alguna hospitalización que no sea al nacer?
 ¿Por qué? _____
 ¿Alguna lesión o enfermedad grave? NO SI
 ¿Qué tipo? _____
 ¿Ha tenido alguna cirugía?
 Enumere las cirugías _____
 ¿Ha sido diagnosticado con problemas de desarrollo? NO SI
 ¿Están las vacunas completas? SI NO
 ¿Tiene asma? NO SI
 ¿Está menstruando? NO SI
 Última fecha menstrual: _____
 Última visita dental: _____
 ¿Ha visto alguna vez un cardiólogo? NO SI
 ¿Alguna cirugía cardíaca, cateterismo, ablación cardíaca previa? NO SI

ALIMENTACIÓN / NUTRICIÓN (Edad Temprana):

- ¿Suele ser bueno el apetito de su hijo? SI NO
 ¿Está bien ahora? SI NO
 ¿Alguna dificultad de alimentación? NO SI
 ¿Alguna sudoración excesiva? NO SI
 ¿Alguna dificultad respirando (difícil/rápida)? NO SI
 Alimentación actual: Leche Materna SI NO
 Frecuencia y tiempos _____
 Fórmula SI NO
 ¿Que tipo? _____
 ¿Cantidad/Alimentación? _____

DESARROLLO/CRECIMIENTO:

- ¿Tiene alguna preocupación sobre el crecimiento y el desarrollo del paciente? NO SI

ACTIVIDAD:

- EL PACIENTE...
 • tiene limitaciones durante el ejercicio? NO SI
 • le falta respiración con el ejercicio? NO SI
 • se marear con el ejercicio? NO SI
 • tiene dolor de pecho durante el ejercicio? NO SI
 • se desmaya durante el ejercicio? NO SI
 • realiza una actividad adecuada para la edad? SI NO

MEDICAMENTO:

Medicamentos Actuales: _____

4. **¿HA TENIDO REACCIONES ALÉRGICAS?** NO SI
 A qué: _____

5. **HISTORIAL FAMILIAR:**

- ¿Cuál es el Estado de Salud de la familia del paciente?
 Madre: _____ Padre: _____ Hermano/Hermanas: _____
 ¿Hay algún pariente cercano nacido con problemas cardíacos? NO SI
 ¿Hay antecedentes de muerte súbita en la familia? NO SI
 ¿Hay algún familiar con marcapasos/desfibrilador? NO SI
 ¿Hay antecedentes de miocardiopatía hipertrófica? NO SI
 ¿Hay antecedentes de Síndrome de QT prolongado en la familia? NO SI
 ¿Hay antecedentes de enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, falla cardíaca? NO SI

6. **HISTORIAL SOCIAL DEL PACIENTE:**

- Estado Civil: Soltero Divorciado Casado Viuda/Viudo
 Empleador Actual: _____
 ¿Con quién vive el paciente? (Mamá, Papá, Hermanas, Hermanos, Cónyuge, etc.) _____
 Nombre de la escuela que el paciente asiste y grado _____
 ¿Fuma el paciente? No Si ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Por cuantos años? _____
 ¿El paciente bebe alcohol? No Si ¿Cuántas bebidas por día/por semana/mes? _____
 ¿El paciente usa drogas ilícitas? No Si En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____
 ¿Algún formulario para completar? (FMLA, Físico, nota escolar, etc.) _____

Firma del Paciente / Tutor Legal _____ Fecha _____
 Firma del Médico _____ Fecha _____

HABITACION #: _____

NOMBRE: _____ Fec. Nac.: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 HPI: _____ Médico Referente: _____

PA _____ FC _____ Frecuencia Resp. _____ Oximetría _____ % Alt _____ (_____ %) Peso _____ (_____ %)
 Apariencia: bien desarrollado, bien alimentado, obeso, delgado, caquético

Cabeza y Cara:	Normal _____	ALERGIAS: _____
Ojos: Conjuntivo y párpados	Normal _____	_____
Orejas/Nariz/Boca/Garganta:		MEDICAMENTOS _____
Dientes, encías, paladar	Normal _____	_____
Mucosa Oral	Normal _____	_____
Cuello: Venas yugulares (distension)	Normal _____	_____
Tiromegalia	Ausente _____	_____

Respiratorio

Esfuerzo Respiratorio/Palpitación _____
 Auscultación/sonidos respiratorios _____

Gastrointestinal

Abd para Sensibilidad/Masas _____
 Hepatoesplenomegalia _____
 Sonidos Intestinales _____

Neuro/Psico: Breve evaluación del estado mental
 orientación al tiempo, lugar y persona _____
 Humor/afecto (depresión, ansiedad, agitación) _____

Cardiovascular

Palpitation of heart (size, PMI) _____
 Auscultar - murmullos, roces, clics _____
 Frecuencia y ritmo regular _____
 Abd. Aorta (soplos) _____
 Arterias carótidas (soplos) _____
 Pulsos femorales _____
 Pulsos Pedios _____
 Edema de la extremidad _____
 P/A en 2 o más para coartación _____

Pecho (Senos) Normal _____

Musc.: Acropaquia _____
 Examen de marcha y estación Normal _____
 Inspección de dígitos, uñas Normal _____
 Evaluación de fuerza Normal _____

Integ: Acianótico, Cianótico Normal _____
 Erupciones/papular/vesicular _____
 Lesiones, úlceras, eritema. _____
 Márgenes irregulares _____
 Induración, nódulos _____

Hematológico/Linfático Normal _____

EKG ECHO HOLTER GXT

Indicación: _____

Prueba Próxima Visita: EKG ECHO HOLTER GXT

Tarjeta SBE Proporcionada: _____SI _____NO

Restricciones de ejercicio: _____SI _____NO _____TYP

Folleto entregado: _____SI _____NO

EVALUACIÓN:

PLAN:

Firma del Médico _____ Fecha _____

ORLANDO
 VIERA
 PORT ORANGE
 TAVARES
 SEBR