

Duke Cardiología Peditrica de Raleigh: Cuestionario para pacientes

Nombre del paciente: _____ FdN: _____

¿Se ha cambiado de pediatra o doctor primario?: _____ Si _____ No

Si contesto si, ¿cual es el nombre de doctor o pediatra?: _____

Ubicación de la clínica: _____

¿Su hijo/a ha tenido algún problema de salud después de la última visita médica? _____ Si _____ No

Si la respuesta es si, favor de explicarlo _____

¿Cuales son los medicamentos que toma su hijo actualmente?: _____

¿Cuales son los medicamentos alérgicos de su hijo/a? _____

¿Su hijo/a ha sentido alguno de los siguientes síntomas? Marcar todo lo que le aplique.

___ Presenta morados en algún parte del cuerpo

___ Respiración corta

___ Dificultades al jugar o hacer ejercicio

___ Dificultades con amamantar

___ Dificultad en el crecimiento

___ Mareos/Vertigo

___ Desmayos

___ Dolor de pecho

___ Palpitaciones/latidos
irregulares

¿Sus vacunas están al día? _____ Si _____ No

¿Esta su hijo/a en daycare? _____ Si _____ No

¿Si su hijo/a esta en la escuela, en que año va? _____

¿Su hijo/a juega en algún deporte escolar, favor de indicar: _____

Gracias por completar este cuestionario.