

Cuestionario para Paciente Prenatal

DUKE CHILDREN'S CARDIOLOGY OF RALEIGH

Angelo Milazzo, MD
Salim Idriss, MD, PhD, FAAP, FACC

Cathy Robinson, RN

Nombre del paciente: _____ FdN: _____

Favor de actualizar su información de contacto:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Ha cambiado su proveedor de obstetricia y ginecología? ___ Si ___ No

Favor de proveernos el nombre del nuevo proveedor: _____

Nombre de la clínica: _____

¿Le han hecho ultrasonidos desde la última consulta? ___ Si ___ No

Favor de resumir los resultados: _____

¿Ha tenido otro problema médico desde la última consulta? ___ Si ___ No

Favor de explicar: _____

¿Le han hecho alguna cirugía desde la última consulta? ___ Si ___ No

Favor de explicar: _____

¿Ha sido hospitalizada desde la última consulta? ___ Si ___ No

Favor de explicar: _____

¿Dónde piensa aliviarse? _____

Firma del paciente

Fecha