

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Medico que le Refiere: _____ Nombre de su Medico: _____

HISTORIA – LLENADA POR EL PACIENTE / GUARDIAN

1. Razon de la visita de hoy _____

2. Por favor indique si el paciente tiene algun problema signo o sintoma en alguna de las siguientes areas:

	No	Si		No	Si
Fiebre, perdida de peso, fatiga, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oidos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides / Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomago, digestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones, respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre / Lymphatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón, circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculos, articulacion, huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinario / Reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROS: 1 Prob. Pertinent, 2-10 Extend, 11> Comprehensive

3. HISTORIA MEDICA:

Medicacion que toma: _____

Peso al nacio a termino? _____ Si No

Fecha del ultimo chequeo dental _____

Ha sido diagnosticado de soplo al corazon? _____ No Si

Se ha puesto azul o cianotico _____ No Si

Ha sido hospitalizado despues de nacido _____ No Si

Por que razon? _____

Alguna enfermedad seria o lesion? _____ No Si

Que tipo _____

Ha tenido alguna cirujia _____ No Si

Que cirujia? _____

Ha tenido algun diagnostico de problemas del desarrollo? _____ No Si

Las vacunas estan completas? _____ Si No

HA TENIDO EL PACIENTE REACCIONES ALERGICAS NO SI

Tiene el paciente asma _____ No Si

Esta el paciente menstruando _____ No Si

Fecha del ultimo periodo: _____

4. HISTORIA FAMILIAR:

Cual es el estado de salud de su familia

Mama: _____ Papa: _____ Hermano/Hermana: _____

Alguien en la familia ha nacido con problemas del corazon? _____ No Si

Alguie ha muerto subitamente en la familia? _____ No Si

Algun familiar tiene marcapasos? _____ No Si

Alguien en al familia tiene cardiomiopatia hyertrofica _____ No Si

Alguien en la familia tiene syndrome QT prolongado? _____ No Si

Alguien en la familia sufrio de ataques al corazon o falla cardiaca? _____ No Si

5. HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE:

Estado marital: Soltero Divorciado Casado Viudo/Viuda

Reciente Empleo: _____

Con quien vive el paciente? (Mama, Papa, Hermana, Hermano, Esposa, etc.) _____

Nombre de la escuela que atiende y grado _____

El paciente fuma? No Si Cuantos paquetes por dia? _____ Por quantos años? _____

El paciente toma alcohol? No Si Cuantos por dia/semana/mes? _____

El paciente usa drogas? No Si Que tipo? _____

Padre / Guardian Legal Firma _____ Fecha _____

Firma de Medico _____ Fecha _____

NUTRICION / ACIMENTACION (Edad Temprana)

El apetito de su niño es bueno? _____ Si No

Esta bien hoy? _____ Si No

Tiene alguna dificultad al comer? _____ No Si

Suda mucho cuando come? _____ No Si

Tiene problemas de respirar? _____ No Si

Se alimenta de leche de pecho? _____ Si No

Cada cuanto come _____

Toma formula _____ Si No

Que tipo? _____

Cuanto toma por cada comida? _____

CRECIMIENTO/DESARROLLO

Tiene alguna preocupacion del _____ Si No

crecimiento o desarrollo del paciente

ACTIVIDADES FÍSICAS:

TIENE EL PACIENTE...

• limitaciones del ejercicio? _____ No Si

• problemas de respirar con ejercicio? _____ No Si

• se marea con ejercicio? _____ No Si

• tiene dolor de pecho con ejercicio _____ No Si

• se desmaya con ejercicio? _____ No Si

• hace actividades adecuadas para la edad? Si No

NAME: _____ DOB: _____ AGE: _____ ROOM #: _____

HPI: _____

HPI
1-3 99241/99242
>4 99243/99244/99245

BP _____ HR _____ Resp. Rate _____ Oximetry _____ % Ht _____ (_____ %) Weight _____ (_____ %)
Appearance: well developed, well nourished, obese, thin, cachetic

Head and Face: Normal _____
Eyes: Conjunctivae and lids Normal _____
Ears/Nose/Mouth/Throat:
Teeth, gums, palate Normal _____
Oral mucosa Normal _____
Neck: Jugular veins(distension) Normal _____
Thyromegaly Absent _____

ALLERGIES: _____

MEDICATIONS: _____

Respiratory

Respiratory Effort/Palpation
Auscultation/breath sounds

Gastrointestinal

Abd for Tenderness/Masses
Hepatosplenomegaly
Bowel Sounds

Neuro/Psych: Brief assessment mental status
orientation to time, place and person
Mood/affect (depression, anxiety, agitation)

Cardiovascular

Palpitation of heart (size, PMI)
Auscultate – murmurs, rubs, clicks
Regular rate & rhythm
Abd. Aorta (bruits)
Carotid arteries (bruits)
Femoral pulses
Pedal pulses
Extremity edema
B/P in 2 or more for coarctation

Chest (Breasts) Normal _____

Musc: Clubbing _____
Exam of gait & station Normal _____
Inspection digits, nails Normal _____
Assessment of strength Normal _____

Integ: Acyanotic, Cyanotic Normal _____
Rashes/papular/vesicular
Lesions, ulcers, erythema
Irregular margins
Induration, nodules
Hematologic/Lymphatic Normal _____

Holter Stress Test EKG M-Mode/2D Color Doppler Doppler PW/CW

Indication: _____

ASSESSMENT:

Test Next Visit: _____
SBE Card Provided: ___ YES ___ NO
Exercise Restrictions: ___ YES ___ NO ___ TYPE
Hand Out Given: _____

PLAN:

Physician Signature _____ Date _____