

**CHILD CARDIOLOGY ASSOCIATES**  
**Cuestionario Confidencial de Salud Fetal**

Nombre del Paciente (Madre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Número telefónico de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día \_\_\_\_\_  
 Dirección del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 ¿Porqué ha sido referido para un ecocardiograma? \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted?
2. ¿Cuál es su fecha de parto?
3. ¿En qué fecha tuvo su última menstruación?
4. ¿Cuántas veces se ha embarazado (incluyendo este embarazo)?
5. ¿Ha tenido abortos? Sí [ ] No [ ] Si ha tenido, ¿cuántos y por qué?
6. ¿Tiene usted, o alguno de sus parientes co-sanguíneos, alguno de los siguientes problemas médicos?

- |                                      |               |                                 |
|--------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| a. ¿Ataque cardíaco?                 | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| b. ¿Murmullo del corazón?            | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| c. ¿Alta presión?                    | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| d. ¿Prolapso de válvula mitral?      | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| e. ¿Enfermedad congénita de corazón? | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| f. ¿Accidente vascular?              | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| g. ¿Fiebre reumática?                | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| h. ¿Diabetes (azúcar)?               | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| i. ¿Ataques o convulsiones?          | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| j. ¿Problemas de los pulmones?       | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| k. ¿Desórdenes inmunes (vg. Lupus)?  | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |
| k. ¿Otro?                            | Sí [ ] No [ ] | Si contestó sí, ¿cuál pariente? |

Ver otro lado...

7. ¿Tiene otros hijos? Sí [ ] No [ ] Si contestó sí, por favor llene el cuadro

Varón o Mujer	Edad	Salud

8. ¿Toma usted medicamentos (actualmente o en cualquier momento durante el embarazo)?  
 Sí [ ] No [ ]  
 Si contestó sí, favor de enumerarlos:  
 \_\_\_\_\_

9. ¿En dónde dará a luz a este hijo?  
 \_\_\_\_\_

10. ¿Qué edades tienen los padres del bebé? Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

11. ¿Qué empleo / ocupación tiene los padres?  
 Madre: \_\_\_\_\_  
 Padre: \_\_\_\_\_

Gracias por su ayuda.

--Recuerde, en Child Cardiology Associates, nuestros cuidados son de TODO CORAZÓN--