Patient Information- Established Patient-1-12 yrs
Información del Paciente

Patients Name/Nombre de Pacient: _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento:_____
Primary Care Provider/Doctor Primario:_____

HPI:
Reason for Cardiology evaluation/ Razón por la Evaluación Cardiaca:_____

PMH:
Any new **Medical Conditions** since last visit? /Alguna Condiciones Medica desde la ultima visita?:
□ No □ Yes _____

Any new **surgeries** since last visit? / Ha tenido alguna Cirugía(s) desde la ultima visita?
□ No □ Yes Explain/Favor explique: _____

MAI:
List of Current Medications /Lista De Medicamentos: _____

Allergies to Medications /Alergia a algún Medicamento: □ No □Yes (If Yes, please list/Favor de Indicar)
_____
Immunizations up to date/ Vacunas al corriente? □ Unknown/desconcido □ No immunizations by choice/no vacunas por eleccion □ Up to Date/al corriente

---

SH/FH: Any changes in Family History since last visit? /Cambios en la historia familiar desde la ultima visita? **No, SKIP this Section**

Family History - Historia Familiar (Please list Maternal or Paternal)

Y	N		Relationship to Patient –Relacion al Paciente
○	○	Congenital heart disease/Enfermedad cardiaca congenital (born with heart abnormality/nacido con anormalidaa del corazon	
○	○	Sudden death/(Muerte repentina)	
○	○	Arrhythmia/(Arritmia) (irregular heartbeat or rhythm/ latido o ritmo irregular	
○	○	Cardiomyopathy – dilated/Miocardiopatia-Dilatada	
○	○	Cardiomyopathy –hypertrophic/Miocardopatia-Hipertrofia	
○	○	Coronary artery disease/Enfermedad de Arteria Coronaria (less than 50 years/menos de 50 anos)	
○	○	High Blood Pressure /Alta Presion	
○	○	Diabetes mellitus/Diabetes (Type 2/ tipo 2)	
○	○	High Cholesterol/Alta cholesterol	

Patient lives with/Paciente vive con? Check all that apply/Indique todos los que aplique:
□ Mother/Madre □ Father/Padre □ Grandparents/Abuelos □ Other/ Otro _____
Patient is adopted/ Paciente adoptivo □ Yes □ No

Child attends school/Atiende Escuela: □ Yes □ No Grade/ Grado: _____

Performance/ Rendimiento academico: □Above Average/por encimade de promedio □Average/ promedio □Below Average/ debajo de promedio

Patient Information- Established Patient-1-12 yrs

Pets in household/Mascotas en la casa? □ Yes □ No Type of pet/Cual mascota? _____

Smokers in household/Fumadores en el hogar? □ Yes □ No
□ Mother/Madre □ Father/ Padre □ Sister/ Hermana □ Brother/Hermano □ Grandparents/Abuelos □ Other/Otr

Diet/Exercise		
Y	**N**	
○	○	Regular (on own) Regularmente
○	○	Regular (at PE) Regularmente (educacion fisica)
○	○	Sedentary Sedentario
○	○	Restricted Restringido
○	○	Occasional Ocasional
○	○	Active Lifestyle Actividad diaria
○	○	Physically Unable to Exercise No puede ejercitarse

ROS – 1-12 yrs									
	Y	**N**		**Y**	**N**		**Y**	**N**	
General:	○	○	Appetite Change Cambios de apetito	○	○	Activity Change Cambios en actividad	○	○	Irritability Irritabilidad
	○	○	Lethargy/Letargo	○	○	Trouble Sleeping/ Dificultad para dormir	○	○	Fever/ Fibre
Eyes: **Ojos**	○	○	Blurred Vision Vision borrosa	○	○	Corrective Lenses Usa Lentes			
ENT: **Otto riño**	○	○	Gum Bleeding Sangrado de Encias	○	○	Hearing Loss Perdida de Audicion	○	○	Nasal Congestion Cogestion Nasal
	○	○	Nosebleeds Sangrados de Nariz	○	○	Sleep Apnea Apnea del sueno	○	○	Tooth Pain Dolor de Diente
Cardio/Vasc:	○	○	Chest Pain (Dolor de Pecho	○	○	Cool Extremeties Extremidades Frias	○	○	Color Change Cambio de color
	○	○	Easy Fatiguability Se fatiga facilmente	○	○	Excessive Sweating Sudoracion	○	○	Fainting Desmayo
	○	○	Fast Heartbeat Latido Rapido	○	○	Irreg. Heartbeat Latido Irregular	○	○	Murmur Soplo o Murmullo
	○	○	Palpitations/Palpitaciones						
Respiratory: **Repiratorio:**	○	○	Asthma Symptoms Sintomas de asma	○	○	Chronic Cough Tos cronico	○	○	Recurrent Wheezing Silbilancias Constantes
	○	○	Shortness of breath with Exercise/ Falta de aliento con ejercisio	○	○	Snoring Ronquidos	○	○	Frequent Pneumonia Neumonia frequente
GI: **Gastro:**	○	○	Abdominal Distention Distencion abdominal	○	○	Abdominal Pain Dolor abdominal	○	○	Eating Problems Problemas de alimentacion
	○	○	Reflux Symptoms/ Reflujo	○	○	Nausea/Nausea	○	○	Vomiting/Vomito
GU: **Urologia:**	○	○	Blood in Urine Sangre en la Orina	○	○	Decrease Urination Orina infrecuente	○	○	Frequent Urination Orina Frecuente
MSK:	○	○	Bone Deformity Deformidades de hueso	○	○	Joint Pain Dolor de coyunturas	○	○	Joint Swelling Hinchado
	○	○	Muscle Aches/Dolor Muscular				○	○	Scoliosis/Escoliosis
Skin/Derma:	○	○	Birthmarks/Lunares	○	○	Cyanosis/Cianosis	○	○	Rash/Sarpullido
	○	○	Nail Changes/Cambio en las unas						
Neurological: **Neurologico:**	○	○	Dizziness Mareo	○	○	Headache Dolor de cabesa	○	○	Seizures Convulsiones
	○	○	Weakness/Debilidad						
Endo/Meta:	○	○	Excessive Weight Gain Aumento de Peso	○	○	Slow Growth Crecimiento Lento	○	○	Weight Loss Perdida de Peso
Hematologic: **Hematologia**	○	○	Bleeding Problems Problema de sangrado	○	○	Easy Bruising Moretones con facilidad	○	○	Swollen Glands Inflamación de las glándulas
Psychiatric	○	○	ADD	○	○	ADHD	○	○	Depression/Depresion
	○	○	School Problems/ Problemas academicas						

Pharmacy of choice_____

Address/Cross Streets_____

Phone Number_____