

Fetal Cardiology Questionnaire (cuestionario de Cardiología fetal)

Patient's Name (<i>nombre del paciente</i>)		Date of birth (<i>fecha de nacimiento</i>)
Referring Physician (<i>Médico de referencia</i>)		Phone # (<i>teléfono #</i>)
Referral Reason: (<i>razón de la referencia</i>)		
Obstetrician Name (<i>Nombre de obstetricia</i>)		Phone # (<i>teléfono #</i>)
Additional Physician to Receive Medical Report (<i>Médico adicional para recibir informe médico</i>)		

Due Date (<i>fecha de parto</i>)		Last Menstrual Period (<i>último período menstrual</i>)		Gestational Age (<i>gestación</i>)	___ weeks (<i>semana</i>) ___ days (<i>días</i>)
Parents' ages (<i>edad de los padres</i>)	___ Mother (<i>madre</i>) ___ Father (<i>padre</i>)			Delivery Hospital Name (<i>nombre del hospital de entrega</i>)	
Number of pregnancies (including current pregnancy) (<i>número de embarazos (incluyendo la corriente)</i>)				Previous miscarriages? (<i>abortos anteriores</i>)	NO YES How many? (No) ___ (Si) ___, (<i>¿Cuántos</i>)
Natural or assisted (IVF) pregnancy? (<i>¿Embarazo natural o asistido (FIV)?</i>)		Natural <i>natural</i>		Assisted → method of assistance: (<i>Asistencia → método de asistencia: .</i>)	
Genetic Testing? (<i>¿Pruebas genéticas?</i>)	No (No)	Yes (Si)	Type of testing (<i>Tipo de prueba</i>)	Results (<i>Resultados</i>)	

Do you or any blood relative to your baby have any of the following medical problems?
(*¿Usted o algún miembro de la sangre de su bebé tiene alguno de los siguientes problemas médicos?*)

	Relative (i.e. paternal grandfather) → <i>Pariente (es decir, abuelo paterno)</i>		
	Yes/Si	No	
Heart murmur (<i>Soplo cardíaco</i>)			
Congenital heart disease (<i>cardiopatía congénita</i>)			
Genetic disorder (<i>Trastorno genético</i>)			
Immune disorder (<i>Desorden inmune</i>)			
Rheumatic fever (<i>Fiebre reumática</i>)			
Frequent miscarriage (<i>Aborto frecuente</i>)			
Sudden cardiac death (<i>Muerte cardíaca súbita</i>)			
Other (<i>otra</i>)			

Other Children (<i>Otros niños</i>)	Age (<i>Años</i>)	Health Information (<i>información de salud</i>)
Female (<i>hembra</i>)		
Male (<i>masculino</i>)		
Female (<i>hembra</i>)		
Male (<i>masculino</i>)		
Female (<i>hembra</i>)		
Male (<i>masculino</i>)		

List any medications you are currently taking or have taken during this pregnancy:
(*Enumere cualquier medicamento que esté tomando o haya tomado durante este embarazo: .*)

Medication Name (<i>Nombre del medicamento</i>)	Dose (<i>Dosis</i>)	Frequency (i.e. twice/daily for 3 weeks) (<i>Frecuencia (es decir, dos veces al día durante 3 semanas)</i>)

List any allergies to medications: (*Listar cualquier alergia a los medicamentos*)

--

Mom: Any significant/chronic medical conditions? (*Mamá: ¿Alguna afección médica significativa / crónica?*)
