

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

Patient Name/Nombre del paciente: _____ DOB:/Fecha de nacimiento: _____

Nickname/Apodo: _____

Parent/Padre 1: _____

Parent/Padre 2: _____

Primary Phone/Telefono principal: _____ Primary Phone/Telefono principal _____

Email/Correo electronico: _____ Email/Correo electronico: _____

- Address is the same as Parent/La direccion es la misma que el padre 1

Address/Direccion: _____ Address/Direccion: _____

City/State/Zip : _____ City/State/Zip: _____

Ciudad/Estado/Codigo postal: _____ Ciudad/Estado/Codigo postal: _____

Pediatrician/Primary Care Physician Name: _____

Pediatra/Medico de atencion primaria: _____

Pediatrician/Primary Care Physician Phone Number: _____

Pediatra/Medico de atencion primaria numero de telefono: _____

Referring Physician Name/Address: _____

Nombre/direccion del medico remitente: _____

Why did the patient come to the cardiology office today/Por que vino el paciente a la consulta de cardiologia el dia de hoy?

PAST MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA PASADA

1. Birth History/Historial de nacimiento

Was the patient born before or after due date/Nacio el paciente antes o despues de la fecha de vencimiento?

- Before/Antes After/Despues, how many weeks of pregnancy/Cuantas semanas de embarazo? _____

Was the patient born by/Nacio el paciente por Regular delivery/Parto regular or/o by/por C-Section/cesaria?

(Reason for C-Section/Razon de la cesarai) _____

How much did the patient weigh at birth/Cuanto pesaba el paciente al nacer? _____ lbs/libras _____ oz/onzas

Were there any problems during the pregnancy/Hubo algun problema durante el embarazo?

- No Yes/Si, please list/por favor liste: _____

Were there any problems after birth/Hubo algun problema despues del nacimiento?

- No Yes/Si, please list/por favor liste: _____

Was the patient able to go home right away/El paciente pudo irse a casa de inmediato? Yes/Si No

If no, how long did the patient have to stay in the hospital? _____

Si no, por cuanto tiempo tuvo que permanecer el paciente en el hospital? _____

2. Does the patient have any medical conditions/Tiene el paciente alguna condicion medica?

- No Yes/Si, provide age and condition/Proporcione edad y condicion

Age/Edad

Medical Condition/Condicion medica

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

Patient Name/Nombre del paciente: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

3. Has the patient ever had surgery/Ha tenido cirugía alguna vez el paciente? No Yes/Si, Provide age and surgery/Proporcione edad y condicion

Age/Edad Surgery/Cirugia

_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Has the patient ever been hospitalized overnight/Ha sido hospitalizado el paciente durante la noche? No Yes/Si, provide age and reason/Proporcione edad y razon, Reason for Hospitalization/Motivo de hospitalizacion

CURRENT MEDICATIONS/MEDICAMENTOS ACTUALES

Name of Medication/Nombre de medicamento

Dosage/Dosis

Frequency/Frecuencia

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALLERGIES/ALERGIAS No Yes/Si, please list/por favor liste: _____

Allergy reaction/Reaccion alergica: _____

IMMUNIZATIONS/INMUNIZACIONES

- No immunizations by choice/No hay inmunizaciones por eleccion
 Up to date/A hoy

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR

Have you or your child's blood relatives (parents, grandparents, aunts, uncles, brothers or sisters); living or deceased had any of the following problems? If the answer is "Yes" please state the age of the person at onset and his or her relationship to your child.

Tiene usted o los parientes de sangre de su hijo (padres, abuelos, tia, tios, hermanos or hermanas)? Vivo o fallecido, tuvo alguno de los siguientes problemas? Si la respuesta es "Si", indique la edad de la person, en el inicio y su relacion con su hijo.

	Yes/Si	No	Unsure/Inseguro	Age at Onset Edad de incicion	Relation Relacion
Congenital heart disease/Cardiopatía congenita (Born with Heart Abnormalities/ Nucidos con anomalías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sudden Death/La muerte súbita repentina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Arrhythmia/Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Long QT syndrome/Síndrome de QT largo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cardiomyopathy – Dilated (cardiomiopatía-Dilatada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cardiomyopathy – Hypertrophic (cardiomiopatía-Hipertrofica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

Patient Name/Nombre del paciente: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

	Yes/Si	No	Unsure/Inseguro	Age at Onset Edad de incicion	Relation Relacion
Premature CAD/ <i>cardiopatía isquémica prematura</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hypertension/ <i>presión alta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes Mellitus/ <i>la diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pacemaker or Defibrillator/ <i>Marcapasos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
High Cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Stroke or Heart Attack/ <i>Ataque al Corazon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
O derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Marfan Syndrome/ <i>Síndrome de Marfan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Born Deaf/ <i>Nacido sordo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Seizures/ <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Problems during Sports (<i>Problemas durante el deporte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Other/ <i>Otro</i> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Lives at home with/*Vive en casa con* Both Parents/*Ambos padres* Mom/*Mama* Dad/*Papa* Other/*Otro*: _____

Siblings/*Hermanos* No Yes/*Si*, please list/*por favor liste*: _____

Patient is adopted/*El paciente es adoptado* Yes/*Si* No

Daycare/*Guardería* No Yes/*Si*

School/*Colegio* Public/*Publico* Private/*Privado* Homeschool/*Escuela en casa*

Grade Level/*Nivel de grado* Pre-School/*Preescolar* Elementary/*Primaria* Middle/*Intermedia*

High-School/*Secundaria* College/*Universidad* _____

Pets in Household/*mascotas en casa* No Yes/*Si*, please list/*por favor liste*: _____

Diet/*Dieta* Regular Toddler/*Ninito* Baby/*Bebe* Vegetarian/*Vegetariano* Diabetic/*Diabetico*
 Low carb/*Baja en carbohidratos* Low cholesterol/*Colesterol bajo* Low fat/*Bajo en grasa*
 No added salt/*Sin sal anadida* Low salt/*Bajo en sal* Renal Weight loss/*Perdida de peso*

Exercise/*Ejercicio* Regular (PE/*educación física*) Regular (on own/*en la propia*)
 Active lifestyle/*Estilo de vida activo* Occasional/*Ocasional* Sedentary/*Sedentario*
 Restricted/*Restringido* Physically unable to exercise/*Fisicamente incapaz de hacer ejercicio*

Tobacco Use/El consume de Tabaco

Current every day smoker/*Fumador diario* Smoker, current status unknown/*Fumador, estado actual desconocido*

Current some day smoker/*actual fumador de un día* Former smoker/*Ex fumador*

Never smoker/*Nunca fumador* Unknown if ever smoked/*Desconocido si alguna vez ha fumado*

Passive smoke exposure/*Exposición pasiva al Tabaco* No Yes/*Si*

Alcohol No Yes/*Si* Former/*Ex*

Drug use/abuse No Yes/*Si* Former/*Ex*

(*Uso/abuso de drogas*)

Sexual activity/*Actividad sexual* No Yes/*Si* Previously/*Previamente*

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

Patient Name/Nombre del Paciente: _____ DOB/Fecha denacimiento: _____

Does the patient have any of the following? Please check all that apply.
Tiene el paciente alguno de los siguientes? Por favor marque los que apliquen.

General

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Appetite Change
<i>Cambio de apetito</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Activity Change
<i>Cambio de actividad</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Fever
<i>Fiebre</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Irritability
<i>Irritabilidad</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Lethargy/Letargico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Trouble Sleeping
<i>Problemas para dormir</i> |

Eyes/Ojos

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Blurred Vision
<i>Vision borrosa</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Corrective Lenses
<i>Lentes correctivos</i> |

Ear,Nose,Throat/Orejas,Nariz,Garganta

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Gum Bleeding
<i>Sangrado de las encias</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Hearing Loss
<i>Perdida de la audicion</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nasal Congestion
<i>Congestion nasal</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nosebleeds
<i>sangrado de nariz</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sleep Apnea
<i>Apnea del sueno</i> |

Cardiovascular

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Chest Pain
<i>Dolor de pecho</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Cool Extremities
<i>Extremidades frias</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Color Change
<i>Cambio de color</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Easy Fatigability
<i>Fatigabilidad facil</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excessive Sweating
<i>Sudor excesiva</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Fainting/desmayo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Fast Heartbeat
<i>Latidos cardiacos acelerados</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Irregular Heartbeat
<i>Latido del Corazon irregular</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Palpitations
<i>Palpitaciones</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Murmur
<i>Soplo</i> |

Respiratory/Respiratorio

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Asthma Symptoms
<i>Sintomas de asma</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Chronic Cough
<i>Tos cronica</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Recurrent Wheezing
<i>Sibilancias recurrentes</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SOB with exercise
<i>Dificultad para respirar con el ejercicio</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Snoring
<i>Ronquidos</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Frequent URI
<i>Infecciones respiratorias superiors frecuntes</i> |

Gastro Intestinal

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Abdominal Distension
<i>Distension abdominal</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Abdominal Pain
<i>Dolor abdominal</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Eating Problems
<i>Problemas de alimentacion</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Reflux Symptoms
<i>Sintomas de reflujo</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nausea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Vomiting/Vomitar |

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

Patient Name/Nombre del Paciente: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

Gastro Urology/Gastro Urologia

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Blood in urine
<i>Sangre en la orina</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Decreased urination
<i>Disminucion de orina</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Frequent Urination
<i>Orina frecuente</i> |

Musculoskeletal/Musuloqueletica

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bone Deformity
<i>Deformidad de hueso</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Joint Pain
<i>Dolor en las coyunturas</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Joint Swelling
<i>Inflamacion de coyunturas</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Muscle aches
<i>Dolores musculares</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Scoliosis
<i>Escoliosis</i> |

Skin/Piel

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Birthmarks
<i>Marcos de nacimiento</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cyanosis/Cianosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rash/Erupciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nail changes
<i>Cambios de unas</i> |

Neurological/Neurologico

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dizziness
<i>Mareos</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Headache
<i>Dolor de cabeza</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Seizures
<i>Convulsiones</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Weakness
<i>Debilidad</i> |

Endocrine/Endocrino

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Excessive weight gain
<i>Aumento de peso excesivo</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Slow growth
<i>Crecimiento lento</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Weight loss
<i>Perdida de peso</i> |

Hematologic/Hematologicas

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bleeding Problems
<i>Sangrado facil</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Easy bruising
<i>Moretones con facilidad</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Swollen glands
<i>Glandulas inflamados</i> |

Psychological/Psycologico

- | Yes | No |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety
<i>Depresion/Ansiedad</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> School problems
<i>Problemas escolares</i> |

Allergy/Immunology

- | Yes | No |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hay Fever |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Drug Allergies
<i>Alergias a medicamentos</i> |

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE/CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Revised 5.10.2019

The information provided on this form is true and complete to the best of my knowledge.

La información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

PATIENT/PARENT NAME

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE

PATIENT SIGNATURE/PARENT SIGNATURE

FIRMA DEL PACIENTE/FIRMA DE PADRE

DATE/FECHA

PROVIDER SIGNATURE/CREDENTIALS

DATE

REVIEWED BY:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANNETTE K. ANSONG, MD | <input type="checkbox"/> JENNIFER B. O'NEIL, MD |
| <input type="checkbox"/> ALAN BENHEIM, MD | <input type="checkbox"/> JIN H. PARK, MD |
| <input type="checkbox"/> PATRICK F. CALLAHAN, MD | <input type="checkbox"/> HARISH S. RUDRA, DO |
| <input type="checkbox"/> SARAH CHAMBERS GURSON, MD | <input type="checkbox"/> CHRISTOPHER J. TALLUTO, MD |
| <input type="checkbox"/> JARED A. HERSHENSON, MD | <input type="checkbox"/> SHERIF S. TAWFIK, MD |
| <input type="checkbox"/> SHARON S. KARR, MD | <input type="checkbox"/> JAMES A. THOMPSON, MD |
| <input type="checkbox"/> WILLIAM C. KIRBY, MD | <input type="checkbox"/> S RENEE DENNIS, NP |
| <input type="checkbox"/> JENNIFER H. LINDSEY, MD | <input type="checkbox"/> SHRIPRIYA SAHAY, NP |