



**Pediatric & Congenital
Cardiology Associates**

Hanoch Patt, M.D.
D. Byron Holt, M.D.
Hitesh Agrawal, M.D.
Joseph Casadonte, M.D.
Chesney Castleberry, M.D.
Arnold Fenrich, M.D.
Keren Hasbani, M.D.
Gregory Johnson, M.D.
Michael Liu, M.D.
Stuart Rowe, M.D.
Jeannine Schuman McCoy, M.D.

Kenneth Shaffer, M.D.
Ronald Shapiro, M.D.
Daniel Shmorhun, M.D.
Eileen Stewart, M.D.
Frank Wong, M.D.
Karen Wright, M.D.
Julie Arldt-McAlister, N.P.
Christine Dillingham, N.P.
Julie Manning, N.P.
Kristy Neff, N.P.
Lisa Pomeroy, N.P.

CUESTIONARIO DE LA HISTORIA DEL PACIENTE FETAL

Motivo de su visita: _____

Médico que refiere: _____

Número de teléfono preferido: _____

Dirección de correo electrónico preferida: _____

HISTORIA PERSONAL

Estado civil:

Soltera Casada Relación a largo plazo Divorciada Viuda

Nombre: _____

Ocupación: _____

Nombre de la pareja: _____

Edad de la pareja: _____ Ocupación de la pareja: _____

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome genético | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | |

HISTORIAL DE EMBARAZO ANTERIOR

No hay embarazos anteriores

AÑO	TIPO DE PARTO	COMPLICACIONES	HIJO VIVE



512-777-2917



mednax.com/pediatric-and-congenital-cardiology-associates

HISTORIAL DE EMBARAZO ACTUAL

Fecha de concepción estimada: _____

Fecha estimada de parto: _____

Gestación actual: _____ semanas _____ días

Resultados de ultrasonido anterior: _____

Complicaciones durante este embarazo: _____

Pruebas durante este embarazo y resultados (si aplica):

Evaluación del primer trimestre (análisis de sangre y ultrasonido) _____

Biopsia de vellosidades coriónicas _____

Amniocentesis _____

Prueba de ADN de células fetales libres _____

MEDICAMENTOS (INCLUYA LOS QUE ESTABA TOMANDO DURANTE EL INICIO DEL EMBARAZO)

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA EN QUE LO INICIÓ/TERMINÓ

HISTORIAL FAMILIAR (EN USTED, EL PADRE O LOS HERMANOS/HERMANAS DEL BEBÉ)

Arritmias

Enfermedad autoinmune

Cardiomiopatía

Enfermedad cardíaca congénita

Síndrome genético

Otra _____

HISTORIAL SOCIAL

	NUNCA	ACTUALMENTE	ANTERIORMENTE
TOBACO			
ALCOHOL			
DROGAS			



512-777-2917



mednax.com/pediatric-and-congenital-cardiology-associates