

UAB PEDIATRIC CARDIOLOGY
(CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UAB)
OUTPATIENT DATA FORM
(FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PACIENTES EXTERNOS)

Date: (Fecha:) _____

The information requested on this form is necessary for cardiology records. Please help us in giving care to your or your child by filling in the form as completely as possible and bring it to your or your child's clinic appointment. All information will be held in strictest confidence. **PLEASE PRINT.** (La información solicitada en este formulario es necesaria para los registros de cardiología. Ayúdenos a darle atención a usted o a su hijo completando el formulario lo más que se pueda y llévelo a la cita de su clínica o la de su hijo. Toda la información se mantendrá en la más estricta confidencialidad. **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE.**)

Why are you here to see the cardiologist? (¿Por qué está aquí con el cardiólogo?) _____

Patient's Name (Nombre del paciente)

LAST (APELLIDO)	FIRST (PRIMER NOMBRE)	MIDDLE (SEGUNDO NOMBRE)	SUFFIX (II. Jr.) (SUFIXO (II. Jr.))	Name the patient goes by (Nombre que prefiere el paciente)
--------------------	--------------------------	----------------------------	--	---

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____ Sex (Sexo) _____

Race (Raza) _____ Social Security Number (Núm. de Seguro Social) _____

Mailing Address: (Dirección postal:) _____ State: (Estado:) _____

Zip: (Código postal:) _____ Ph: (Tel.:.): _____ Cell: (Celular:.) _____

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)

List any medications or vitamins the patient is presently taking and dose (Detalle cualquier medicamento o vitaminas que el paciente esté tomando actualmente y la dosis) _____

Has the patient had a reaction to any medications? If so, list the medication and the reaction (¿El paciente ha tenido alguna reacción a un medicamento? Si es así, detalle el medicamento y la reacción) _____

PAST MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR)

Birth Weight (Peso al nacer) _____ Was the patient delivered (please circle) (¿El paciente nació (marque con un círculo))
early (antes) _____ on time (en tiempo) _____ late (después) _____

Were there any complications during pregnancy or delivery or right after? (¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o parto, o inmediatamente después?) _____

Immunizations up to date? (¿Vacunas al día?) Yes (Sí) _____ No (No) _____

Has the patient ever been seen in PEDIATRIC CARDIOLOGY before? (¿Ha sido examinado el paciente en CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA anteriormente?) Yes (Sí) _____ No (No) _____

List all previous heart operations including type of heart surgery, heart surgeon and where it was done (Detalle todas las operaciones anteriores del corazón, incluyendo tipo de cirugía cardíaca, cardiocirujano y en dónde se realizó) _____

List all previous major illnesses or surgeries including when they occurred and the doctor who care for the patient during the illness (Detalle todas las anteriores enfermedades importantes o cirugías, incluyendo cuándo ocurrieron y el médico que atendió al paciente durante la enfermedad) _____

FAMILY HISTORY (HISTORIAL FAMILIAR)

Has any brother or sister or close family member ever seen a cardiologist before? (Name, relationship and doctor's name)
 (¿Algún hermano o hermana o familiar cercano ha visto a un cardiólogo antes? (Nombre, parentesco y nombre del médico))

Are there family members with the following diseases? (¿Tiene familiares con las siguientes enfermedades?)

NO (NO)	YES (Sí)	EXPLAIN WHO HAS THIS DISEASE (EXPLIQUE QUIÉN TIENE LA ENFERMEDAD)
		Heart murmur (relationship) (<i>Soplo cardiaco (parentesco)</i>)
		Heart defects or disease (<i>Enfermedad o defectos cardiacos</i>)
		Diabetes (<i>Diabetes</i>)
		Sudden unexpected death (<i>Muerte súbita</i>)
		High blood pressure (<i>Presión arterial alta</i>)
		Rheumatic fever (<i>Fiebre reumática</i>)
		Strokes (<i>Apoplejías</i>)
		Seizures (<i>Convulsiones</i>)
		Syndromes or genetic disorder (Down's, Marfan's, Sickie cell anemia, etc) (<i>Síndromes o trastornos genéticos (Mogolismo, Marfan, Anemia falciforme, etc.)</i>)
		Immune deficiency (<i>Inmunodeficiencia</i>)
		Asthma (<i>Asma</i>)
		Allergies (<i>Alergias</i>)
		Psychiatric problems (<i>Problemas psiquiátricos</i>)
		Joint or bone problems (<i>Problemas de articulaciones u óseos</i>)
		Other (please explain) (<i>Otros (explique)</i>)

Additional comments: (Comentarios adicionales:) _____

SOCIAL HISTORY (HISTORIAL SOCIAL)

Patient Grade Level: (Nivel educativo del paciente:) K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 College Level: (Nivel universitario:) 1 2 3 4

Patient Lives with: (El paciente vive con:) Mother (Madre) _____ Father (Padre) _____ Grandparents (Abuelos) _____

Aunt/Uncle (Tía/Tío) _____ Other (Otro) _____

Are there smokers in the home? (¿Hay fumadores en el hogar?) Yes (Sí) _____ No (No) _____

Does the house have city water? (¿La casa cuenta con agua de la ciudad?) Yes (Sí) _____ No (No) _____

Pets in the house? (¿Hay mascotas en la casa?) Yes (Sí) _____ No (No) _____

Does the patient have a job? (¿Tiene un empleo el paciente?) If yes, what? (Si es así, ¿cuál es?) _____

List hobbies the patient enjoys (Detalle los pasatiempos que disfruta el paciente) _____

Marital status of Parents: (Estado civil de los padres:) (circle) (marque con un círculo) Single (Solteros) Married (Casados)

Separated (Separados) Divorced (Divorciados) Widowed (Viudos)

MOTHER'S NAME AND OCCUPATION (NOMBRE DE LA MADRE Y OCUPACIÓN) _____

FATHER'S NAME AND OCCUPATION (NOMBRE DEL PADRE Y OCUPACIÓN) _____

CAREGIVER/GUARDIAN NAME (if different from parent) (NOMBRE DEL ENCARGADO DE LOS CUIDADOS/TUTOR (si no son los padres)) _____

REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

HAS THE PATIENT EVER BEEN DIAGNOSED OR HAD PROBLEMS WITH: (EL PACIENTE ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO O TUVO PROBLEMAS CON:)

	YES (SÍ)	NO (NO)		YES (SÍ)	NO (NO)
			Constitutional (de constitución)		
Dizziness (Mareos)			Genitourinary (Genitourinario)		
Fainting (Desvanecimientos)			Blood in urine (Sangre en la orina)		
High blood pressure (Presión arterial alta)			Frequent kidney infections (Infecciones renales frecuentes)		
Tires more easily than children of the same age (Se cansa más fácilmente que otros niños de la misma edad)			Skin (Piel)		
Cyanosis (blue color) (Cianosis (color azul))			Frequent or Persistent rashes (Sarpullidos frecuentes o persistentes)		
Poor weight gain (Aumento de peso deficiente)			Neurologic (Neurológico)		
Eyes (Ojos)			Seizures (Convulsiones)		
Visual problems (Problemas visuales)			Frequent headaches (Dolores de cabeza frecuentes)		
Puffy eyelids (Párpados hinchados)			Stroke (Apoplejía)		
Ears/Nose/Throat (Oídos/Nariz/Garganta)			Delayed (slowed) development (Desarrollo retrasado (lento))		
Hearing problems (Problemas de audición)			Psychiatric (Psiquiátrico)		
Rashes, recent sore throat (Sarpullidos, dolor de garganta reciente)			Behavioral or Psychiatric problems (Problemas de conducta o psiquiátricos)		
Cardiovascular (Cardiovascular)			Illicit Drug use (Uso de drogas ilícitas)		
Squatting (Agacharse)			Alcohol use (Uso de alcohol)		
Heart murmur/heart problems (Soplo cardíaco/ problemas cardíacos)			Performance problems in school (Problemas de rendimiento en la escuela)		
Respiratory (Respiratorio)			Endocrine (Endocrino)		
Asthma (Asma)			Diabetes (Diabetes)		
Pneumonia (Pneumonía)			Thyroid disease (Enfermedad tiroidea)		
Frequent respiratory tract infections (Frecuentes infecciones del aparato respiratorio)			Hematologic/Oncologic (Hematológico/Oncológico)		
Allergies (Alergias)			Cancer (Cáncer)		
Smoking (Tabaquismo)			Free Bleeding (Sangrado abundante)		
Gastrointestinal (Gastrointestinal)			Immunologic (Inmunológico)		
Gastrointestinal disorders (Trastornos gastrointestinales)			Rheumatic fever (Fiebre reumática)		
Special dietary needs (Necesidades especiales de la dieta)			Allergies (Alergias)		
Diarrhea/Constipation (Diarrea/Estreñimiento)			Other (Otros)		
Musculoskeletal (Músculoesquelético)			Genetic disorder (Down's, marfan's, etc) (Trastorno genético (Mogolismo, Marfan, etc.))		
Serious accidents/injuries/broken bones (Accidentes/lesiones serias/huesos quebrados)			Hospitalized overnight (operations, illnesses, etc) (Pasó la noche en el hospital (operaciones, enfermedades, etc.))		
Cerebral palsy, muscular dystrophy (Parálisis cerebral, distrofia muscular)			Other: (Otros)		
Chest pain (Dolor de pecho)					
Joint pain (Dolor de articulaciones)					

**ANSWER THESE QUESTIONS IF YOUR CHILD IS SIX MONTHS OLD OR LESS
(RESPONDA ESTAS PREGUNTAS SI SU HIJO TIENE SEIS MESES DE EDAD O MENOS)**

MOTHER'S PREGNANCY AND DELIVERY HISTORY (HISTORIAL DEL EMBARAZO Y PARTO DE LA MADRE)

Number of pregnancies (including the patient) (Cantidad de embarazos (incluyendo al del paciente)) _____

Number of miscarriages (Número de abortos espontáneos) _____

Number of premature infants (Número de bebés prematuros) _____

Number of living children (Número de hijos vivos) _____

Number of twin or multiple births (Número de gemelos o partos múltiples) _____

What was the length of the pregnancy? (¿Cuál fue la duración del embarazo?) _____

DURING THE PREGNANCY WERE THERE ANY PROBLEMS OR USE OF: (DURANTE EL EMBARAZO, ¿HUBO ALGÚN PROBLEMA O USO DE LO SIGUIENTE?)

NO YES
(NO) (SÍ)

{ } { } Accidents or injuries (Accidentes o lesiones)
 { } { } Rh incompatibility (Incompatibilidad de grupo sanguíneo)
 { } { } Alcohol use (Uso de alcohol)
 { } { } Street or recreational drugs (Drogas de la calle o recreacionales)
 { } { } Over the counter medications or medications given by a doctor (please list) (Medicamentos o medicinas sin receta médica proporcionadas por un médico (detalle)) _____

{ } { } X-ray or radiation exposure (Exposición a rayos X o radiación)
 { } { } High blood pressure or toxemia (Presión arterial alta o toxemia)
 { } { } Illness, infections, disease (Enfermedades, infecciones, enfermedad)
 { } { } Was a fetal echocardiogram performed? (¿Se realizó un ecocardiograma fetal?)

Please bring any medication that the patient is presently on and medical records, recent chest x-rays, EKG, echo reports or other information that will help us give care to your child. Any concerns or questions, call **205-934-3460**. Thank you. (Le agradeceremos que traiga cualquier medicamento que el paciente esté tomando actualmente, así como los registros médicos, rayos X del tórax recientes, electrocardiograma, informes de ecocardiografía u otra información que nos ayude a brindar atención a su hijo. Si tiene alguna inquietud o pregunta, llame al **205-934-3460**. Gracias.)

For Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina)	
I have reviewed the information provided above. (He revisado la información que se proporcionó anteriormente.)	
Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____	
Additional Notes/comments (Notas/comentarios adicionales)	Date (Fecha)

Please help us give your child the best possible care by providing us with complete information on any physicians that your child sees that will need a copy of office reports. *(Ayúdenos a darle la mejor atención posible a su hijo proporcionándonos información completa sobre cualquier médico que esté atendiendo a su hijo de quien necesitaremos obtener copias de los informes de la oficina.)*

Name: *(Nombre:)* _____ Specialty: *(Especialidad:)* _____

Mailing Address: *(Dirección postal:)* _____

City: *(Ciudad:)* _____ State: *(Estado:)* _____ Zip: *(Código postal:)* _____

Office phone: *(Teléfono de la oficina:)* _____ Fax: *(Fax:)* _____

.....
Name: *(Nombre:)* _____ Specialty: *(Especialidad:)* _____

Mailing Address: *(Dirección postal:)* _____

City: *(Ciudad:)* _____ State: *(Estado:)* _____ Zip: *(Código postal:)* _____

Office phone: *(Teléfono de la oficina:)* _____ Fax: *(Fax:)* _____

.....
Name: *(Nombre:)* _____ Specialty: *(Especialidad:)* _____

Mailing Address: *(Dirección postal:)* _____

City: *(Ciudad:)* _____ State: *(Estado:)* _____ Zip: *(Código postal:)* _____

Office phone: *(Teléfono de la oficina:)* _____ Fax: *(Fax:)* _____

.....
Name: *(Nombre:)* _____ Specialty: *(Especialidad:)* _____

Mailing Address: *(Dirección postal:)* _____

City: *(Ciudad:)* _____ State: *(Estado:)* _____ Zip: *(Código postal:)* _____

Office phone: *(Teléfono de la oficina:)* _____ Fax: *(Fax:)* _____
.....