

7. ¿Alguna alergia? Sí No
 A que? : _____
 ¿Tipo de reacción? _____
8. Si el paciente es un infante, ¿cuántas onzas de leche y/o fórmula toma?
 Por botella: _____ onzas Nombre de la fórmula: _____
 Por día: _____ onzas
9. ¿Es el paciente activo en deportes? Sí No
 a) ¿Cuál? _____
 b) competitivo? Sí No
 c) ¿Algún sintoma mientras juega? Sí No
 d) ¿Alguna otra información que usted crea pertinente u otras quejas del paciente?

10. ¿Qué medicinas toma el paciente?
 _____,
 _____,

11. Historial Familiar del Paciente:
- a) ¿Algún padre o hermanos con problemas del corazón en su niñez? Sí No
 ¿Quién? _____
 Qué tipo? _____
- b) ¿Algún otro familiar (tias, tios, abuelos o primos) con problemas del corazón en su niñez o antes de los 45 años de edad? Sí No
 ¿Quién? _____
- c) ¿Adultos con problemas del corazón? (ataques del corazón, otros) Sí No
 ¿Quién? _____
- d) ¿Presión Alta en la familia? Sí No
 ¿Quién? _____
- e) Diabetes? Sí No
 ¿Quién? _____
- f) ¿Muerte repentina (no accidental) de algún familiar cercano de 35 años de edad o menor? Sí No
 ¿Quién? _____
- g) ¿Prolapso de la Válvula Mitral? Sí No
- h) ¿Cardiomiopatía en algún familiar cercano? Sí No
- i) ¿Otras enfermedades? Especifique: _____

12. Estudios previos a esta visita:
- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| _____ ECG (electrocardiograma) | _____ Rayos-X |
| _____ 24 hr ECG (Holter) | _____ Ecocardiograma |
| _____ Prueba de ejercicio | _____ Otra (especifique): _____ |

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Dr. Juan Villafañe revisó el historial con el paciente/padres Sí No