

# HISTORIA CLÍNICA CARDIOLÓGICA PEDIÁTRICA

Fecha: .....

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre	Sexo:___	
Fecha de Nacimiento		Lugar

## ANTECEDENTES PERINATALES

--

## ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Patológicos	T-21_____
Familiares	Antecedente de cardiopatías Sí___ No___

## SÍNTOMAS:

Palpitaciones	Sí___ No___	Dolor Precordial	Sí___ No___
Desmayos	Sí___ No___	Disnea	Sí___ No___
Bajo Peso	Sí___ No___	Neumonía a repetición	Sí___ No___
Diaforesis	Sí___ No___	Epistaxis	Sí___ No___

## SIGNOS

Fenotipo sindromal	Sí___ No___	Dificultad respiratoria	Sí___ No___
Cianosis central	Sí___ No___	Uñas en vidrio de reloj	Sí___ No___
Dedos en palillo de tambor	Sí___ No___	Pulsos en las 4 extremidades (+)	_____   _____
Hemitorax prominente	Sí___ No___	Precordio hiperactivo	Sí___ No___
Frémito	Sí___ No___	Soplo	Sí___ No___
Arritmia	Sí___ No___	Taquicardia	Sí___ No___
Hepatomegalia	Sí___ No___	Esplenomegalia	Sí___ No___

Si Usted respondió Si una o más veces, derive el paciente al cardiólogo pediatra.

Nombre, firma y sello del médico tratante