

Children's Cardiology

Patient Information

Patient Legal Name

Last: _____

First: _____

Middle: _____

Address: _____

City/ State/ Zip: _____

Up to date preventative care status: Yes/No

Today's Date: _____

Date of Birth: _____

Sex: Female Male

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic

Race: _____ Preferred Language: _____

Patient resides with: Mother / Father / Both / Other

Sibling(s): _____

Father

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone: _____

Cell Phone: _____

Social Sec. # _____

Occupation: _____

Employer: _____

Employer Phone: _____

Mother

Name: _____

Date of Birth: _____

Phone: _____

Cell Phone: _____

Social Sec. # _____

Occupation: _____

Employer: _____

Employer Phone: _____

Pediatrician/ Primary Care Doctor/ Referring Physician

Referring Physician: _____ Phone: _____ Fax: _____

Medical History

List medical conditions, Current medications and allergies: _____

Has there been any recent testing on the patient? ECHO, EKG, Cardiac Consultation, Holter, Treadmill, Surgery or Labs? _____

Date and location of test: _____

Other Emergency Contact

Name: _____ Phone: _____

Children's Cardiology

Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____

Initial: _____

Esta al dia de atencion preventiaa? Si/No

Fecha de hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Femenino Masculino

El paciente reside con: Madre / Padre / Ambos

Hermanos: _____

Padre

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad/ zona postal: _____

Telephono: _____

Cell Telephone: _____

Seg social: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Madre

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad/ zona postal: _____

Telephono: _____

Cell Telephone: _____

Seg social: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

I doctor primario / Pediatra / Especialista

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Historial Medico del Paciente

Nombre las condiciones médicas, las medicaciones actuales y las alergias: _____

¿Estudios Recientes? ¿ECO, EKG, consulta cardiaca, Holter, banda de correr, cirugía o laboratorios?

Fecha y localización de la prueba: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____