



Complete este formulario cada cierto tiempo durante las consultas de niño sano incluidas neonatal, preescolar, Nombre: \_\_\_\_\_  
antes y durante *middle school*, antes y durante *high school*, antes de *college* o universidad y cada pocos años  
hasta la edad adulta. Si responde **SÍ** o **HAY DUDA** a alguna pregunta, comuníquese con su proveedor médico. Edad y fecha: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES		(Para uso de la oficina)
¿Esta persona se ha desmayado o desvanecido DURANTE el ejercicio, una emoción o un sobresalto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R55
¿Esta persona se ha desmayado o desvanecido DESPUÉS del ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R55
¿Esta persona ha tenido fatiga extrema asociada con el ejercicio (a diferencia de sus compañeros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	F53.83
¿Esta persona alguna vez ha padecido falta de aire inusual o extrema durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R06.02
¿Esta persona ha tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R07.9
¿Esta persona alguna vez se ha quejado de tener el corazón acelerado o de que su corazón se salta latidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R00.0
¿Alguna vez un médico le ha dicho a esta persona que tiene: <input type="checkbox"/> presión arterial alta <input type="checkbox"/> colesterol alto <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> infección cardíaca		Z86.79 I10; E78.0; R01.1; I33.0; I51.4
¿Alguna vez un médico ordenó una prueba del corazón de esta persona?		
¿Esta persona alguna vez ha sido diagnosticada con un trastorno convulsivo inexplicable? En caso de que sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	R56.9
¿Esta persona alguna vez recibió un diagnóstico de trastorno convulsivo inexplicable o asma inducida por el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	J45.990
¿Esta persona alguna vez recibió un diagnóstico de alguna forma de enfermedad cardíaca o cardiovascular? En caso de que sí, ¿cuándo y cuál fue el diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z86.79
¿Esta persona es adoptada o se utilizó un donante de óvulos o espermatozoides para la concepción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z86.79

ANTECEDENTES FAMILIARES (piense en padres, hermanos, abuelos, tíos, primos - hombres y mujeres)		
¿Hay algún familiar que haya tenido una muerte repentina, inesperada o inexplicable antes de los 50 años? (incluyendo el síndrome de muerte súbita infantil, accidente automovilístico, ahogamiento, fallecimiento durante el sueño)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z82.41; Z84.82
¿Hay algún familiar que haya muerto repentinamente de “problemas del corazón” antes de los 50 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z84.49; Z84.81
¿Hay algún familiar que haya tenido desmayos o convulsiones inexplicables?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unsure	Z82.49
¿Hay algún miembro de la familia menor de 50 años que esté discapacitado debido a “problemas del corazón”?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	
¿Hay algún familiar con estas condiciones:		
Cardiomiopatía hipertrófica (HCM en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I42.2
Miocardiopatía dilatada (DCM en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I42.0
Cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha (ARVC en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z84.81
Síndrome de QT largo (LQTS en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z84.81
Síndrome de QT corto (SQTS en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I45.81 or Z84.81
Síndrome de Brugada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I49.8 or Z84.81
Taquicardia ventricular catecolaminérgica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I47.2 or Z84.81
Enfermedad aterosclerótica de la arteria coronaria (ataque cardíaco, a los 50 años o menos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	P29.81; I46.9; Z82.49
Rotura aórtica o síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I71.8; Q87.40; Z82.79
Síndrome de Ehlers-Danlos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Q79.6
Hipertensión pulmonar primaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	I27.0
Historial familiar de sordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z82.2
Marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado (en caso de que sí, ¿a quién y a qué edad se le implantó?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z95.0; Z82.49
¿Alguien de la familia se ha hecho pruebas genéticas para detectar enfermedades cardíacas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	Z84.81; Z82.49
¿Cuál prueba? ¿Se encontró una mutación genética?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hay duda	
Explique más acerca de todas las respuestas “sí”:		

PARA USO DE LA OFICINA <i>Physical Exam from Physician should include:</i>		
Evaluation for heart murmur in both supine and standing position and during valsalva	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	R01.1; Z03.89
Femoral pulse	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	R03.0
Brachial artery blood pressure—taken in both arms	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	110
Evaluation for Marfan syndrome stigmata	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Q87.40

CPT Codes for ECG: Global 93000 • Technical Component 93005 • Professional Component 93010 • ICD-10-CM: Z13.6 in conjunction with above codes or Z03.89 as primary code-observation with ECG