

Cuestionario para Pacientes Pediátricos

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Embarazo y nacimiento

Edad de la madre en el embarazo _____ ¿Alguna enfermedad durante el embarazo? _____

¿Medicamentos durante el embarazo? _____

¿Fumó, bebió alcohol o usó drogas ilegales durante su embarazo? _____

Semanas de gestación: _____ Lugar de nacimiento: _____

Tipo de parto: _____ Peso al nacer: _____ lbs _____ oz Longitud: _____ pulgadas

¿Hubo alguna complicación durante el parto? _____

¿Problemas con el bebé al nacer? _____

¿Hubo algún problema respiratorio al nacer? _____ Sí No

¿Otros problemas? _____

¿Hubo algún problema en la guardería o en casa? _____

Historia Médica Pasada

Lista de alergias: _____

Medicamentos que se toman de forma regular: _____

¿Vacunas actualizadas? Sí No ¿Tienes registro? Sí No

Hospitalizaciones: cuándo, dónde, por qué:

Lesiones graves: cuándo, dónde

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes (por favor marque las que correspondan):

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Sarampión alemán | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Tendencia a la sangría | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Problemas articulares |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Colmenas | <input type="checkbox"/> Estreptococo en la garganta | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | |

Alimentación y Nutrición

¿Alguna alergia alimentaria conocida? _____

¿El apetito suele ser bueno? Sí No

¿Problemas de cólicos o alimentación durante los primeros tres meses de edad? Sí No

¿Amamantado? Sí No Número de meses: _____ ¿Fórmula? Sí No Marca actual: _____

¿vitaminas? Sí No Tipo _____ ¿dieta especial? Sí No Explicar: _____

Perfil familiar

Padre(s)/Tutor(es)

Edad de los padres/ tutores: _____ Nivel más alto de educación: _____ Salud de los padres/tutores: _____

Edad de los padres/ tutores: _____ Nivel más alto de educación: _____ Salud de los padres/tutores: _____

Hermanos:	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3	Hermano 4
Nombre	_____	_____	_____	_____
Edad	_____	_____	_____	_____
Hermanos adicionales: _____				

Antecedentes Médicos Familiares

Enumere todos los parientes consanguíneos de su hijo que han tenido los siguientes problemas. Usar abreviaturas (P) padre (M) madre (HM) hermano (HF) hermana (MM) madre de la madre (PM) padre de la madre (MP) madre del padre (PP) padre del padre (TM) tía (TM) tío (PR) primo

Anemia / Trastornos de la sangre: _____

Retraso Mental: _____

Alcoholismo: _____

SIDA: _____

Distrofia muscular: _____

Artritis: _____

Enfermedad cardíaca: _____

Problema de colesterol: _____

Muerte súbita del lactante: _____

Sordera temprana: _____

Asma: _____

Problema de drogas: _____

Cáncer: _____

Fibrosis quística: _____

Tuberculosis: _____

Epilepsia / Convulsiones: _____

Presión arterial alta: _____

Miagrañas: _____

Defectos congénitos: _____

Diabetes: _____

Desarrollo y Comportamiento

Por favor, indique la edad a la que su hijo/a:

Sentó solo/a: _____ Camino: _____ Uso Oraciones: _____ Entrenamiento para usar el baño: _____ Bicicleta _____

El desarrollo de su hijo en comparación con otros niños:

La calificación actual de su hijo en la escuela: _____

¿Su hijo/a tiene problemas en la escuela? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a tiene problemas de aprendizaje? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a se lleva bien con otros niños? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a tiene problemas de conducta? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a tiene malos hábitos? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a se orina en la cama? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a se comía sus uñas? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a tiene problemas para dormir? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a tiene algún pasatiempo / practica deportes? Sí No explicar: _____

¿Su hijo/a usa drogas callejeras o ilegales? Sí No explicar: _____

Cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos sobre su hijo: _____