

Cuestionario sobre Información Médica Pediátrica

Nombre del paciente: _____ Fecha: ___/___/___

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Paciente nuevo Paciente regular

Información general

¿Quién completa este formulario con información de la salud? _____

¿Cuál es su relación con el paciente? _____

¿Cuál es su idioma preferido para la información del cuidado de la salud? _____

¿Cuál es la mejor manera en que el consultorio puede contarse con usted? Teléfono Correo electrónico Texto Otro

¿Cuál es su método de comunicación preferido? Verbal Lenguaje de señas Escrito No verbal Otro

¿Necesita intérprete? Sí No

¿El paciente tiene alguna discapacidad o limitación de la salud (como ceguera/dificultad para oír)? Sí No

Si responde sí, por favor indicar: _____

Alergias

¿El paciente es alérgico a algún medicamento? Sí No Si responde sí, por favor indicar: _____

Medicamentos

Liste todos los medicamentos que el paciente toma regularmente (incluya los remedios de venta libre, de hierbas o naturales)

Antecedentes del parto

Embarazo:

¿Problemas médicos? Sí No Si responde sí, por favor, _____

Hospital: _____

Complicaciones durante el embarazo:

- Ninguna Diabetes gestacional Menos de tres visitas prenatales Gestación múltiple
 Hipertensión inducida por el embarazo Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa
 Rh Sensibilización

Uso de sustancias de la madre durante el embarazo:

- Cigarrillo Uso de alcohol Medicamentos Drogas recreativas Otro

Parto:

- Normal Prolongado Difícil Vaginal Cesárea De nalgas PVDC

Recién nacido:

A término Prematuro Si fue prematuro, ¿por cuántas semanas? _____

Fecha del parto _____ Hora del parto _____ Peso al nacer _____



Cuestionario sobre Información Médica Pediátrica

Antecedentes del parto

Complicaciones del recién nacido:

- Problemas de alimentación
 Ictericia
 Problemas de respiración
 Fiebre
 Anemia
 Problemas de glucosa
 Terapia con antibióticos
 Admisión a la UCIN
 Otro
 Estreptococos Grupo B

El recién nacido abandona el hospital:

Fecha del alta: ___/___/___ Peso en el momento de recibir el alta _____ ¿Problemas en la nursery? Sí No

¿Fenilcetonuria antes del alta? Sí No Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Alimentación:

¿Fórmula? Sí No Si responde sí, tipo de fórmula _____

¿Pecho? Sí No Si responde sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Enfermedades o condiciones médicas (Liste todas las condiciones crónicas que le hayan diagnosticado al paciente):

Antecedentes familiares

Por favor, indique si algún(os) pariente(s) consanguíneo(s) ha(n) sufrido/actualmente sufre(n) lo siguiente

	Padre	Madre	Abuelos	Tíos	Hermanos
Alergias					
Inmunodeficiencia					
Problemas de drogas					
SMSL					
Defectos congénitos					
Retraso en el desarrollo					
Ceguera					
Sordera					
Fibrosis quística					
Distrofia muscular					
Cáncer					
Úlcera/acidez					
Enfermedad sanguínea					

	Padre	Madre	Abuelos	Tíos	Hermanos
Célula falciforme					
Diabetes					
Hepatitis					
Tuberculosis					
Asma					
Colesterol elevado					
Cardiopatía					
Hipertensión arterial					
Problemas de riñón o vejiga					
Ataques/convulsiones					
Migraña					
Muerte repentina en familiar menor de 55					

Cuestionario sobre Información Médica Pediátrica

Antecedentes/Hospitalizaciones/Dispositivos Médicos

Por favor, indique cirugía o procedimiento y el año en que fue realizada/o:

Por favor, indique si tuvo hospitalizaciones y el año:

¿El paciente alguna vez recibió una transfusión? Sí No

Si responde sí, ¿el paciente tuvo alguna reacción o problema con la transfusión? Sí No

Antecedentes sociales

¿El paciente fuma? Sí No ¿Alguien fuma en casa? Sí No

¿El paciente bebe alcohol? Sí No ¿En su hogar alguien abusa del alcohol? Sí No

¿El paciente usa drogas? Sí No ¿Hay abuso de sustancias en el hogar del paciente? Sí No

¿El paciente actualmente va a la escuela/guardería? Sí No Si responde sí, ¿cuál es el nivel de grado del paciente? _____

¿El paciente tiene problemas en la escuela? Sí No

Si responde sí, marque los problemas del paciente. de aprendizaje sociales de comunicación de salud Culturales
 Otro _____

¿El paciente practica ejercicio regularmente? Sí No Veces por semana: 1 a 2 3 a 4 5 a 6 a diario

Cuéntenos acerca de la nutrición/salud del paciente: _____

¿El paciente lleva una dieta saludable? Sí No ¿El paciente lleva una dieta especial? Sí No

Si responde sí, por favor indicar: _____

Cuéntenos acerca del ambiente del hogar del paciente.

Casa Departamento Otro Padre/madre soltero/a

¿Quién vive en el hogar con el niño/a? Madre Padre Hermanos Otros (por favor, indicar) _____

¿El paciente se siente seguro/a en su hogar? Sí No

Si responde no, ¿el paciente tiene algún sitio seguro donde ir? Sí No

¿Hay situaciones de lesiones/abuso/ negligencia en el hogar del paciente? Sí No

¿Se ha notificado a agencias/otros? Sí No ¿El paciente cuenta con familia/amigos disponibles para ayudarlo? Sí No

¿Hay alguna preocupación entre los familiares en el hogar? Sí No ¿El paciente tiene problemas para dormir? Sí No

¿El paciente utiliza atención médica alternativa? Sí No ¿El paciente es sexualmente activo? Sí No

Cuestionario sobre Información Médica Pediátrica

Revisión de los sistemas

Por favor, indique los ítems en los que hayan sufrido cambios significativos continuos o recientes.

Sí No

General

- Exceso de cólicos
- Fiebre
- Pérdida de peso sin explicación
- Fatiga/letargo

Ojos

- Supuración/goteo
- Gafas/lentes de contacto
- Enrojecimiento o lagrimeo
- Orzuelos
- Problemas de la vista
- Ojos cruzados

Oídos

- Dificultad en la audición
- Supuración del oído
- Dolor de oídos
- Infecciones frecuentes
- Problemas de audición

Nariz/senos

- Secreción nasal crónica
- Hemorragia nasal
- Congestión nasal
- Problemas de sinusitis

Boca/garganta

- Defectos dentales
- Dolor de garganta
- Amígdalas grandes

Cardiovascular

- Soplo
- Colesterol elevado
- Dolor de pecho
- Fatiga excesiva con ejercicio

Psiquiátrico

- Problemas de atención
- Depresión
- Cambios de humor
- Trastornos del sueño

Sí No

Musculoesquelético

- Fracturas de huesos
- Problemas de cadera
- Inflamación en articulaciones
- Dolor de espalda
- Dolor de articulaciones
- Dolor muscular

Piel

- Piel seca
- Lunares/manchas de nacimiento
- Palidez
- Erupciones reiteradas
- Ictericia
- Eczema

Respiratorio

- Tos crónica
- Dificultades para respirar
- Ronquedad
- Sibilancia
- Apnea/Espasmos de llanto
- Problemas para respirar con el ejercicio

Alérgico/inmunológico

- Infección frecuente
- Urticarias frecuentes
- Estornudos
- Fiebre del heno

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Sangre en las heces
- Constipación
- Náuseas/vómitos
- Vomitar sangre
- Dificultades para alimentarse

Genitourinario

- Supuración anormal
- Sangre en la orina
- Dolor al orinar
- Ardor
- Mojar la cama/incontinencia
- Micción frecuente

