

# Cuestionario para Pacientes Lactantes

Para recién nacidos hasta 12 meses de edad

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

¿NECESITA INTÉRPRETE?

NO  SÍ, \_\_\_\_\_

## a. Medicamentos/Alergias

Indique la(s) **alergia(s) y reacción(es)** que su hijo(a) haya tenido:  NINGUNA

Anote todos los medicamentos que su hijo(a) esté tomando:  NINGUNO

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	3.		
1.			4.		
2.			5.		

¿Está tomando Vitamina D su hijo(a)?  NO  SÍ

## B. Historial de Embarazo/Nacimiento

Lugar de nacimiento: : \_\_\_\_\_

Madre recibió atención prenatal  NO  SÍ

### Problemas durante el embarazo:

Diabetes Gestacional  NO  SÍ

Diabetes  NO  SÍ

Si respondió sí, ¿Necesitó insulina?  NO  SÍ

Preeclampsia (presión arterial alta debido al embarazo)  NO  SÍ

Eclampsia (convulsiones inducidas por el embarazo)  NO  SÍ

¿Otros? \_\_\_\_\_

Indique los nombres de los hermanos del paciente:	Año de nacimiento

Indique los medicamentos de la madre durante el embarazo : \_\_\_\_\_ NINGUNO

### Trabajo de parto y nacimiento:

Tipo de Parto  Vaginal  Cesárea

¿Parto Nalgas?  NO  SÍ

Hora del Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Meconio?  NO  SÍ

Nació  A término

Prematuro

Edad gestacional al \_\_\_\_\_semanas

nacer: \_\_\_\_\_días

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Nacimiento Múltiple  NO  SÍ

### Historial de Alta

Historia de  Leche materna

alimentación  Biberón

Ambos

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Peso al momento de Alta: \_\_\_\_\_

### En el Hospital, su hijo(a):

Recibió la vacuna para Hepatitis B  NO  SÍ

Prueba de audición  PASÓ  NO PASÓ

¿Tuvo ictericia?  NO  SÍ

¿Necesitó oxígeno o ayuda con ventilador?  NO  SÍ

¿Estuvo en la unidad de cuidados intensivos?  NO  SÍ

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto tiempo y por

qué? \_\_\_\_\_

Defecto de nacimiento  NO  SÍ

Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

NO  SÍ

Se le realizó la prueba para recién nacidos

("Prueba PKU")

¿Requirió algún otro tratamiento?  NO  SÍ

Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_



### c. Historial de Salud Personal del Niño(a)

¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones?

Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<b>Problemas cardiacos</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
Asma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
<b>Problemas respiratorios</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Otros: _____		
¿Ha tenido su hijo(a) cirugía?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo de cirugía?	_____	

### d. Historial Familiar

¿Es adoptado(a) el niño(a)?  NO  SÍ

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Sordera	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<b>Muerte súbita</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
<b>Asma</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Diabetes	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Drepanocitosis	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
Cáncer	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Sangramientos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
<b>Problemas cardiacos</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Estrabismo/Ojo perezoso	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Coágulos	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

1. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas al corazón o por muerte súbita inesperada o sin explicación antes de cumplir 50 años (incluyendo muerte por ahogo o accidente vehicular sin explicación, o por syndrome de muerte súbita infantil)?  NO  SÍ
2. ¿Usa alguien en su familia marcapasos, defibrilador implantado o sufre de problemas de ritmo cardiaco?  NO  SÍ
3. ¿Ha sufrido alguien en su familia desmayos o convulsiones sin explicación o ha estado a punto de ahogarse?  NO  SÍ

### e. Historial Social

¿Algún miembro del hogar del menor fuma?  NO  SÍ    ¿Se permite fumar/usar tabaco en la vivienda?  NO  SÍ  
¿Va el menor a guardería?  NO  SÍ

Residencia principal  Madre  Padre  Otra, \_\_\_\_\_    Residencia Secundaria  Madre  Padre  Otra, \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre

¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones con la familia/amistades/otros?  NO  SÍ

Tipo de vivienda  Departamento  Casa  Condominio  Casa Móvil ( Casa rodante)

¿Toma su hijo(a) agua potable?  NO  SÍ

¿Usa su hijo(a) asiento para niño?  NO  A VECES  SIEMPRE

¿Tiene alguno de los siguientes en su hogar?

Detector de monóxido de carbono  NO  SÍ

Detector de humo  NO  SÍ

Armas de Fuego  NO  SÍ

*Gracias por tomarse el tiempo para darnos información sobre su historial de salud.*

