

Cuestionario Para Pacientes Pediátricos

NOMBRE: _____

Fecha de Nac.: _____

¿NECESITA INTÉRPRETE?
 NO Sí, _____

a. Medicamentos/Alergias

Indica todas las **alergias** y **reacciones** que tienes: NINGUNA

Indica todos los medicamentos que tomas actualmente: NINGUNO

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

b. Historial Personal de Salud

¿Alguna vez has tenido o estás recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|------------------------------------|---|
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Hueso roto o dislocado | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Alergias a Comida | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Reflujo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Alergias Estacionales | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Lesión a la cabeza | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Anemia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Retraso del Aprendizaje/Desarrollo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Asma | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Autismo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas de la Vista | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Infección de oídos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Ronquidos nocturnos | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Concusión | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Prematuridad | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Problemas de la Vista | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí |
| Estreñimiento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | ¿Qué tan temprano? _____ | | Otro: _____ | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Ataque Epiléptico | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | | |
| Eczema | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | Infección a los riñones/vías urinarias | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí | | |

Cuando haces ejercicios, ¿tienes problemas con:

- Desmayos o sientes como que vas a desmayarte NO Sí
- Dolor o malestar al pecho NO Sí
- El corazón se salta latidos o late rápido NO Sí
- Sentirte mareado/a o con más falta de aliento que lo anticipado NO Sí
- Sentirte más cansado/a o con más falta de aliento que tus amistades NO Sí

¿Has tenido alguna operación:

- Para poner tubos en tus oídos NO Sí
- Para sacar tus amígdalas y/o adenoids NO Sí
- En tus dientes (cirugía dental) NO Sí
- Para sacar tu apéndice NO Sí
- Indica algún otro tipo de operación que hayas tenido: NO Sí
- _____

c. Solamente Para Niñas/Muchachas

¿Has tenido un periodo? NO Sí Si Sí, ¿a qué edad empezaste a tener tus periodos? _____

Por favor indica si tienes algún problema o preocupación sobre tus periodos: NINGUNO _____



d. Historial Familiar

¿Eres hijo/a adoptado/a? NO SÍ

¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez (Por favor dar información sólo de tus padres y hermanos biológicos).

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Sordera	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Muerte Súbita	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Anemia de Células Falciformes	<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	Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Estrabismo/Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Coágulos Sanguíneos	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

1. ¿Ha muerto algún familiar o pariente de problemas cardíacos o de muerte desconocida o inesperada repentina antes de cumplir los 50 (incluido ahogado, accidente inexplicable de carro, o síndrome de muerte súbita infantil)? NO SÍ
2. ¿Alguien en tu familia tiene un marcapasos, desfibrilador implantado, o problemas del ritmo cardíaco? NO SÍ
3. ¿Alguien en tu familia ha tenido desmayos inexplicables, ataques epilépticos inexplicables, o casi se ahoga? NO SÍ

e. Historial Social:

Uso Tabaco (incluyendo cigarrillos electrónicos): NO SÍ ANTES Fumadores en la familia: NO SÍ

Se permite fumar en el hogar: NO SÍ

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ ¿Vive? NO SÍ

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ ¿Vive? NO SÍ

¿El/la niño/a va a la guardería? NO SÍ

Residencia principal Madre Padre Otra, _____ Residencia Secundaria Madre Padre Otra, _____

Ocupación de la Madre: _____ Ocupación del Padre: _____ No. de Hermanos: _____

¿Preocupaciones sobre relaciones con familiares/amistades/otros? NO SÍ

Tipo de Hogar Apartamento Casa Condominio Casa Móvil (tráiler)

¿Bebes agua de grifo? NO SÍ

¿Usas casco cuando andas en bicicleta, en patin, o skateboard? NO SÍ N/A

¿Usas asiento de seguridad para carros? NO SÍ N/A ¿Usas cinturón de seguridad NO SÍ

¿Tienes lo siguiente en tu hogar?

Detector de Monóxido de Carbono NO SÍ

Detector de Humo NO SÍ

Armas de Fuego NO SÍ

Cuántas horas diarias pasas: Mirando televisión? _____ En la computadora/Internet? _____ Jugando deportes, ejercitando? _____

i. Salud Dental

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes? _____

¿Cuántas veces a la semana te limpias los dientes con seda dental? _____

¿Has visto un dentista durante éste último año? NO SÍ

Muchas gracias por tomarse el tiempo y contarnos de su salud.

