

Cuestionario Inicial		Nombre del Paciente		
		Numero de ID		
Persona que llena el formulario	Fecha	Fecha de Nac.	Edad	M F
Hogar				

Mencione todas las personas que viven en la casa donde vive el niño/a.

Nombre	Parentesco con el niño/a	Fecha de Nacimiento	Problemas de salud

¿Algún hermano/a no mencionado? Si la respuesta es sí, escriba los nombres, edades y lugar donde viven. _____

Si los padres del niño/a no viven juntos o si el niño/a no vive con sus padres, ¿Cuál es el estado de custodia del niño/a? _____

Si uno o ambos de los padres no viven en casa, ¿Conque frecuencia el niño/a ve a su padre/madre/padres que no vive/viven en casa? _____

Historial de Nacimiento

Peso del bebé al nacer _____

El parto fue ¿Vaginal? ¿Cesárea?

¿El bebé nació de tiempo completo? __ Antes? __ Después? __

Si fue cesárea, porqué? _____

Si antes, ¿Cuántas semanas de embarazo? _____

¿Su bebé tuvo algún problema justo después de nacer?

Si No Explique _____

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo?

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre

La primera vez que alimento a su bebé fue:

Fumó Si No Ingerió bebidas alcohólicas Si No

Pecho Formula

Usó drogas o medicamentos Si No

¿El bebé se fue a casa junto con su madre del hospital?
 Si No Explique _____

¿Cuáles? _____

¿Cuándo? _____

Información General

¿Considera que su hijo/a esta bien de salud? Si No Explique _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021

- ¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o una condición médica? Si No Explique _____
- ¿Su hijo/a ha tenido heridas graves o accidentes? Si No Explique _____
- ¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? Si No Explique _____
- ¿Su hijo/a ha estado hospitalizado? Si No Explique _____
- ¿Su hijo/a es alérgico a medicinas, alimentos, etc.? Si No Explique _____

Desarrollo

- ¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo/a? Si No Explique _____
- ¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo/a? Si No Explique _____
- ¿La preocupa la capacidad de concentración de su hijo/a? Si No Explique _____
- Si su hijo/a ésta en la escuela:
- ¿Cómo es su comportamiento en la escuela? _____
- ¿Ha reprobado o repetido algún grado en la escuela? _____
- ¿Cómo es su aprovechamiento académico? _____
- ¿Su hijo/a ésta en programas o clases especiales? _____

Historial Médico

Su hijo/a tiene o ha tenido:

- Varicela Si No Explique _____
- Infecciones de oído frecuentes Si No Explique _____
- Problemas con los oídos o problemas de audición Si No Explique _____
- Alergias Nasales Si No Explique _____
- Problemas con los ojos o problemas de visión Si No Explique _____
- Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía Si No Explique _____
- Problemas del corazón o soplo en el corazón Si No Explique _____
- Anemia o problemas de sangrado Si No Explique _____
- Transfusiones de sangre Si No Explique _____
- Dolores abdominales frecuentes Si No Explique _____
- Estreñimiento que haya requerido ver al doctor Si No Explique _____
- Infecciones de la vejiga o riñones Si No Explique _____
- Se orina en la cama (después de los 5 años) Si No Explique _____
- (Niñas) Han comenzado sus períodos menstruales Si No Explique _____
- (Niñas) Hay problemas con su período Si No Explique _____
- Algún problema crónico o recurrente de la piel (acne, eczema, etc.) Si No Explique _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021



Care to live greater.

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Convulsiones u otros problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Tiroides o problemas endocrinales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Algún otro problema significativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Usa alcohol, tabaco o drogas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021

Historial Familiar

Alguien de su familia ha tenido problemas de:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Sordera | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Alergias Nasales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Enfermedad del corazón (antes de los 50 años) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Alta presión (antes de los 50 años) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Diabetes (antes de los 50 años) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Orinarse en la cama (después de los 10 años) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Enfermedades mentales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Retraso mental | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Problemas de inmunodeficiencia, VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Quien_____Comentarios_____ |
| Historial familiar adicional | | | |

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____

Rev. 5/2021