

CUESTIONARIO DE SALUD PEDIÁTRICA

Apellido del Niño: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre(s) del Padre/Madre/Tutor: _____

Médico Anterior: _____

Medicamentos/Vitaminas: _____

Alergias/Reacciones Adversas: _____

Asegúrese de que tengamos el **registro de vacunas de su hijo**. Lleve una copia a la próxima visita de su hijo o llene un formulario de divulgación en el consultorio hoy mismo para que New West Physicians pueda obtenerlo de los proveedores de atención de la salud anteriores de su hijo.

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Lugar de nacimiento: _____

Parto Vaginal Cesárea

Si fue Cesárea, indique por qué _____

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____

¿Fue prematuro? Sí No

Si la respuesta es sí, indique cuán prematuro _____

¿Fue un niño adoptado? _____

ANTECEDENTES DENTALES/DE LA VISTA

¿El niño consultó a un Dentista? Sí No

Fecha de la última visita: _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿El niño consultó a un oculista? Sí No

Fecha de la última visita: _____

¿El niño usa anteojos o lentes de contacto? Sí No

EXPOSICIÓN/HÁBITOS

¿Su hijo vivió o visitó regularmente una casa construida antes de 1950? Sí No¿Algún miembro de la familia fuma? Sí No

Televisión: cantidad de horas por día _____

Computadora: cantidad de horas por día _____

Videojuegos: cantidad de horas por día _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

¿Su hijo asiste a la escuela/a preescolar?

 Sí No

Grado actual: _____ Escuela: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre el desempeño escolar?

Indique si tiene alguna inquietud sobre la relación con:

Maestros Sí NoCompañeros Sí No

Deportes/ejercicio: ¿De qué tipo? _____

¿Con qué frecuencia? _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Si su hijo ha tenido alguno de los problemas que se indican a continuación, escriba cuántos años tenía cuando ocurrió o comenzó el problema.

_____ Asma

_____ Acné

_____ Orinarse en la cama

_____ Problemas conductuales o trastornos de salud mental

_____ Infección renal/vesical

_____ Fracturas

_____ Varicela

_____ Conmoción

_____ Depresión/ansiedad

_____ Retrasos del desarrollo

_____ Diabetes

_____ Problemas de la vista o de los ojos

_____ Problemas emocionales

_____ Infecciones frecuentes de oído

_____ Trastorno genético

_____ Problemas auditivos

_____ Dolores de cabeza frecuentes

_____ Problemas o soplo cardíacos

_____ Problemas de aprendizaje

_____ Sobrepeso/obesidad

_____ Escoliosis

_____ Convulsiones

_____ Problemas cutáneos

_____ Problemas para dormir

_____ Problemas del habla

_____ Dolores de estómago recurrentes

_____ Problemas de tiroides

_____ Otros: _____

CUESTIONARIO DE SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ANTECEDENTES DE SALUD (CONT.)

¿Alguna vez su hijo fue hospitalizado o tuvo una cirugía?

Si la respuesta es sí, explique (¿Para qué? ¿Cuándo?)

¿Su hijo consultó a algún especialista? Si la respuesta es sí, indique el nombre de cada médico y para qué lo visitó.

¿Tiene alguna preocupación sobre el crecimiento o el desarrollo en comparación otros niños de la edad de su hijo?

ANTECEDENTES FAMILIARES

Indique si falleció alguno de los miembros de la familia inmediata del niño:

Indique los miembros de la familia (padre, madre, hermano, hermana, abuela, abuelo, tío o tía del niño) que presentan las siguientes condiciones:

Abreviaturas para los familiares:

M = madre **AAM** = abuela materna (madre de la madre)
P = Padre **AOM** = abuelo materno (madre del padre)
HA = hermana **AAP** = abuela paterna (madre del padre)
HO = hermano **AOP** = abuelo paterno (padre del padre)

TAM = tía materna (hermana de la madre)
TOM = tío materno (hermano de la madre)
TAP = tía paterna (hermana del padre)
TOP = tío paterno (hermano del padre)

SÍ	¿QUIÉN?	CONDICIÓN	SÍ	¿QUIÉN?	CONDICIÓN
		Ataque cardíaco			Anemia
		Presión arterial alta			Cáncer: ¿de qué tipo?
		Colesterol alto			Ansiedad/depresión
		Derrame cerebral			Epilepsia/convulsiones
		Asma			Glaucoma
		Tuberculosis			Alcoholismo/otra adicción
		Enfermedad hepática			Diabetes
		Enfermedad renal			Tiroides
		Retraso del desarrollo/ retraso mental			Trastorno genético (especificar):
		Otros:			Otros: