

Western Wake Pediatrics, PA
Cuestionario Para Pacientes Nuevos / New Patient Questionnaire

Nombre _____

Fecha de Nacimiento(mes/día/año) _____

Número de expediente (chart #) _____

¿Persona que está llenando este cuestionario? (marcar con un círculo): Madre, Padre,

Otro: _____

Nombre de la madre: _____ Edad _____

Nombre del Padre: _____ Edad _____

Si los adultos en la casa trabajan fuera de casa, ¿qué arreglos se han hecho de guardería/cuidado infantil para este niño?

Por favor marcar con un círculo. En caso de contestar Sí a alguna de las preguntas, por favor explicar en las líneas a la derecha.

A. EMBARAZO Y NACIMIENTO:

1. Edad de la madre al nacer el niño(ña): _____
2. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? No Sí _____
3. ¿Tomó algún medicamento aparte de vitaminas o hierro? No Sí _____
4. ¿Ingirió alcohol? No Sí _____
5. ¿Usó cigarros? No Sí _____
6. ¿Mariguana / Drogas? No Sí _____
7. ¿Historia de herpes, VIH, u otra infección genital? No Sí _____
8. ¿En qué fecha debía haber nacido el bebé? _____
9. ¿Cesarea o Parto natural? _____
10. Si fue cesarea, ¿Por qué? _____
11. ¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____
12. ¿Tuvo problemas el bebé para empezar a respirar? No Sí _____
13. ¿Tuvo algún problema el bebé mientras estuvo en el hospital? (ictericia, infecciones, otro?) No Sí _____

B. HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Algún problema médico serio en el pasado? No Sí _____
2. Alguna cirugía en el pasado (incluyendo inserción de tubos auditivos)? No Sí _____
3. Fecha del último chequeo general: _____
4. Fecha del último chequeo dental: _____
5. ¿Ha tenido su hijo reacción alérgica a algún medicamento, alimento, o picadura de insecto? No Sí _____
6. ¿Ha tenido su hijo reacción a alguna vacuna? No Sí _____
7. ¿Alguna hospitalización aparte de para el parto? No Sí _____
8. ¿Alguna herida seria? No Sí _____
9. ¿Toma medicamentos regularmente? No Sí _____
10. ¿Medicina alterna / Remedios herbales? No Sí _____

C. HISTORIA FAMILIAR

1. ¿Gozan los padres del niño(ña) de buena salud? No Sí _____
2. Por favor indique si la madre (M), el padre (F), los hermanos (S), el abuelo (GF) o la abuela (GM) han tenido alguno de los siguientes:

Artritis _____
 Colesterol Alto _____
 Hipertension Arterial _____
 Paro cardíaco _____
 Diabetes _____
 Enfermedades Renales _____
 Alcoholismo _____
 Abuso de Drogas _____
 SIDA _____
 Hepatitis _____
 Tuberculosis _____

Alergia (que tipo) _____
 Hereditaria/ genético _____
 Cystic fibrosis _____
 Anemia drepanocítica _____
 Hemofilia _____
 Ataques y Epilepsia _____
 Problemas emocionales _____
 Obesidad _____
 Defecto de Nacimiento _____
 Cáncer _____

Firma _____ Fecha _____

PRIMER NOMBRE: _____ Número de Expediente _____

Por favor marcar con un círculo. En caso de contestar Sí a alguna de las preguntas, por favor explicar en las líneas a la derecha.

3. Listar edad, sexo y salud general de hermanos y hermanas _____

4. ¿Ha muerto alguno de sus hijos? No Sí _____

D. ALIMENTACIÓN Y NUTRICION

1. ¿Usualmente tiene su hijo buen apetito? No Sí _____

2. ¿Es bueno ahora? No Sí _____

3. Tuvo alguna vez cólicos severos o problemas con alimentación inusuales? No Sí _____

4. ¿Hay alimentos que le hagan daño? No Sí _____

5. Los primeros 6 meses, ¿Le dió pecho o biberón? _____

¿Qué usa ahora (marca y formula)? _____

6. ¿Le da vitaminas? No Sí _____

7. ¿Suplementos herbales? No Sí _____

E. REVISIÓN DE SISTEMAS

1. ¿Ha padecido su hijo alguno de los siguientes?

Infecciones de oído frecuentes No Sí _____

Problemas para escuchar No Sí _____

Problemas en los ojos No Sí _____

Problemas con los dientes No Sí _____

Resfriados frecuentes o problemas de garganta No Sí _____

Asma, neumonía, o tos recurrente No Sí _____

Soplo en el corazón o problemas del corazón No Sí _____

Problemas al orinar No Sí _____

Diarrea o estreñimiento No Sí _____

Convulsiones u otro problema del sistema nervioso central No Sí _____

Dermatitis, urticaria u otra condición de la piel No Sí _____

2. Por favor anote cualquier otro problema médico: _____

F. DESARROLLO/CONDUCTA

1. Edad a la que su hijo se sentaba solito _____ meses

2. ¿A que edad podía caminar solo? _____ meses

3. Al año y medio ¿ya había dicho alguna palabra? No Sí _____

4. ¿Cómo se compara esto con otros niños de su edad? _____

5. ¿Problemas para dormir? No Sí _____

6. ¿En qué año/grado va en la escuela? _____

7. ¿Problemas para llevarse bien con otros niños? No Sí _____

8. Marque con un círculo si su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

Morderse las uñas Pesadillas / problemas para dormir

Chuparse el dedo Problemas para hablar

Hacerse pipí en la cama Problemas de disciplina

Problema para enseñarle a ir al baño Mal temperamento

Hiperactividad Otro (explicar) _____

G. SEGURIDAD/MEDIO AMBIENTE

1. Usted vive en: casa privada, apartamento, casa móvil, otro (circule uno) _____

2. ¿Sabe usted cuál es la temperatura más alta del agua en su hogar? No Sí _____

3. ¿Hay una alarma de humo que esté funcionando en su casa? No Sí _____

4. ¿Usa siempre su hijo un asiento de niño/cinturón de seguridad cuando se sube al automóvil? No Sí _____

5. ¿Hay fumadores viviendo en su casa? No Sí _____

6. ¿Hay algún problema en la condición de su casa? (pintura pelándose, insectos, ratas, etc.) No Sí _____

7. ¿Usa siempre su hijo un casco cuando usa una bicicleta, patineta, patín, patines? No Sí _____

8. Los padres están: (circule uno) Casados Divorciados Separados Viudos

9. ¿Con quién y en dónde vive el niño? _____

Firma _____ Fecha _____