



Nuevo Cuestionario Historia de Paciente

Historia Medica de Familia Pasada y Social

Quién es el doctor regular del paciente?		
Su niño/niña es alérgico a alguna medicación?	SI	NO
Su niño/niña es alérgico a alguna comida?	SI	NO
Su niño/niña es alérgico a algún insecto o animales?	SI	NO
Por favor ponga alergias en una lista:		

Historia de Nacimiento

Edad de la madre cuando dio a luz?		
Tomó la madre algún otro med's además de vitaminas e Hierro?	SI	NO
* Por favor ponga en una lista:		
Qué hospital / centro de nacimiento?		
El bebé nació a tiempo, temprano, o tarde?		
Cuántas semanas temprano o tarde?		
C-sección o entrega vaginal?		
Cuál era el peso de nacimiento?		
Cuál era la longitud de nacimiento?		
Tenía el bebé algún problema de respiración?	SI	NO
El bebé tuvo cualquier otro problema mientras en el hospital (ictericia, etc.?)	SI	NO
* Qué tipo de Problema (s)?		
Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital?		
* Por favor note cualquier otro hecho importante:		

Historia de Familia

Por favor ponga a los hermanos del paciente en esta lista:		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Género
_____	__ / __ / ____	H/ M
_____	__ / __ / ____	H/ M
_____	__ / __ / ____	H/ M
_____	__ / __ / ____	H/ M
_____	__ / __ / ____	H/ M
Circule cualquier enfermedad hermanos del paciente, padres, abuelos, tías, tíos, o 1os primos tiene:		
Asma, alergias, eczema, alergias de alimento, urticaria, cystic fibrosis, pulmonía recurrente, bronquitis crónica, COPD, enfisema, resuello, enfermedad de vía aérea reactiva, problema de sistema inmunológico, SIDA, problemas de alcohol/medicina, desórdenes de sangre, cáncer, diabetes, epilepsia, enfermedad cardíaca, hipertensión, colesterol alto, enfermedad de riñón, enfermedad de hígado, lupus, enfermedad mental, distrofia muscular, SIDS, tuberculosis, anemia de células falciformes.		
Por favor ponga cualquier otra enfermedad en una lista en la familia que no fue puesta en la lista de encima:		
Cual miembro de familia tenía que enfermedad/problema?		
Miembro de Familia	Enfermedad/Problema	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

Nombre Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Ha muerto algún pariente en infancia?	SI	NO
Si sí, causa de muerte:		
* Por favor note cualquier otro hecho importante:		

Historia Social

Asiste el paciente a una guardería?	SI	NO
Usted usa cualquier otro tipo de servicio de puericultura donde el paciente está alrededor de otros niños?	SI	NO
Hay alguna preocupación cultural de la que tenemos que ser conscientes?	SI	NO
* Si Sí, qué?		
Vive usted en una familia sola de casa, multifamilia de casa, apartamento, casa móvil, otro _____? (círcule)		
* Quién actualmente vive en la casa?		
Qué edad tiene su casa?		
Hay animales domésticos en la casa?	SI	NO
* Cuántos y que tipo de animales domésticos?		
Algún Problema con la condición de su casa? (Pintura pelandose, insectos, ratas etc.)	SI	NO
Alguien fuma?	SI	NO
Con qué frecuencia cambia usted filtros de corriente alterna?		
Usted vive con o cerca de otro domesticado / animales no domesticados como: ¿aves, animales de granja, etc.?	SI	NO
* Qué tipo de animales?		
Tiene usted alfombra en el dormitorio del niño/niña?	SI	NO
* Qué edad tiene la alfombra?		
Vive usted cerca de alguna refinería industrial, fábricas químicas, o otras plantas industriales?	SI	NO

En qué grado esta el paciente actualmente?	
Qué deportes juega el paciente actualmente?	
En qué otras aficiones o actividades está implicado el paciente actualmente?	
Cuántos días de la escuela ha perdido el paciente para médico o motivos de salud en el año escolar corriente o más reciente?	
* Por favor note cualquier otro hecho importante:	

Historia Médica Pasada

Por favor note los problemas médicos recientes del paciente en esta lista:		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Requiere el paciente algún equipo médico de casa especial (oxígeno, alimentando la bomba, apnea monitor, etc.)?	SI	NO
* Si sí, cuál es el nombre de la compañía de cuidado de casa?		
* Si sí, que equipo tiene el paciente en casa:		
Ha visto alguna vez el paciente a un especialista médico?	SI	NO
*Para que?		
Cuántas visitas urgentes el paciente ha ido al doctor para problemas respiratorios en el año pasado?		
Cuántas veces durante el año pasado ha estado el paciente en esteroides orales (prednisone, Orapred, Presolitario, etc.)?		

Nombre Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Cuántas ER visitas ha ido para problemas respiratorios en la vida del paciente?	
Cuántas ER visitas ha ido para problemas respiratorios en el año pasado??	

Cuántas admisiones de hospital ha ido para problemas respiratorios en la vida del paciente?	
Cuántas admisiones de hospital ha ido para problemas respiratorios en el año pasado?	
Cuántas ICU o admisiones PICU para problemas respiratorios en la vida del paciente??	
Cuántas ICU o admisiones PICU para problemas respiratorios en el año pasado?	
Cuántas intubations (colocando un tubo que respira en la boca) para problemas respiratorios en la vida del paciente?	
Cuántas intubations (colocando un tubo que respira en la boca) para problemas respiratorios en el año pasado?	
Alguna otra herida seria?	SI NO

* Por favor note en esta lista

Por favor note todas las cirugías en esta lista en la vida del paciente

Cirugia	Fecha	Cirujano
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Por favor note cualquier otro hecho importante:

Sudores de la noche		
Pérdida de peso o ganancia (círcule)		
Energía disminuida		
Cambios de apetito		
Dificultad que gane peso?		
Ojo	SI	NO
Problemas de visión (lentes o contactos)		
Ojos picantes		
Ojos acuosos		
Ojos rojos		
Oído, Nariz, Boca, y Garganta	SI	NO
Problemas de Audiencia		
Toque en oídos		
Infecciones de oído frecuentes?		
Nariz líquida		
Congestión nasal		
Infecciones de sinusal frecuentes		
Inhalación frecuente o estornudo		
Sangre en la Nariz		
Llagas de boca o úlceras		
Problemas con dientes (cavidades, tirantes, etc.)		
Voz ronca		
Limpiado la garganta frecuente		
Fríos frecuentes o dolor de garganta?		
Cardiovascular	SI	NO
Soplo de corazón o problema de corazón		
Dolor de pecho		
Limitación de ejercicio		
Alta presión		
Ortografía que se desmaya		
Gastrointestinal	SI	NO
Diarrea		
Estreñimiento		
Vómitos o saliva excesiva		
Náusea		
Acidez		
Dolor de estómago frecuente o dolor abdominal		
Eructar		
Hipo		

Revisión de Sistemas

Desde la última visita de clínica, ha tenido el paciente cualquiera de los síntomas siguientes? (Marke SÍ O NO)

Constitutional	SI	NO
Fiebre (reciente, o recurrente)		
Friedad		

Nombre Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

Aceite o grasa en evacuaciones intestinales		
Problemas con alimentación, ingerir, o bebida de líquidos		
Intolerancia a cierta comida		
Historia de hierro o otra deficiencia alimenticia		

Somnolencia durante el día (durmiéndose en clase)?		
Cuántas horas duerme el paciente durante noches escolares (noches entre semana)?		
Cuántas horas duerme el paciente durante noches de fin de semana?		
Cuántas siestas toma el paciente por día?		

Genitourinary	SI	NO
El despertamiento por la noche para orinar		
Orina en la cama		
Otros problemas con riñones, vejiga o micturation?		
Musculoskeletal	SI	NO
Escoliosis (espinas encorvada)		
Dolor de espalda		
Dolor conjunto o hinchazón		
Integumentary	SI	NO
Erupción		
Otros problemas de piel o condiciones		
Neurológico	SI	NO
Dolores de cabeza		
Convulsiones o asimientos		
Otros problemas con el sistema nervioso		
El aprendizaje de invalidez / diferencias		
Problemas concentrarse o prestando atención		
Hiperactivo		
Tardanzas del desarrollo?		
Problemas con discurso, lengua, o audiencia?		
Recibe su niño/niña la terapia especial para cualquiera de las condiciones de encima?		
Es o fue matriculado su niño en ECI?		
Requiere su niño clases especiales en la escuela?		
Requiere su niño la terapia? (discurso, físico, ocupacional) por favor círculo		
Sueño	SI	NO
Problemas para dormirse?		
Problemas con sueño?		
Ronquido?		
Ha visto alguna vez usted a su niño dejar de respirar mientras dormido?		

Psiquiátrico	SI	NO
Ansiedad		
Depresión		
Problemas de conducta (Pelea en la escuela, etc.)		
Otras condiciones psiquiátricas		
Endocrino	SI	NO
Suprarrenal o problemas de tiroides		
Problemas de azúcar de sangre (incluso diabetes)		
Tome píldoras anticonceptivas?		
Otros problemas endocrinos o hormonales		
Hematologic / Linfático	SI	NO
Contusión fácil		
Aspecto pálido		
Ha estado anémico alguna vez el paciente?		
Alérgico / Immunologic	SI	NO
Eczema (atopic dermatitis)		
Urticaria		
Alergias (rinitis alérgico, fiebre del heno, etc.)		
Alergia de leche		
Alergia de huevo		
Alergia de cacahuete		
* Por favor note cualquier otro hecho importante o síntomas no puestos en la lista de encima:		

Completado por _____
(Firma)

Nombre Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha ____ / ____ / ____

(Nombre de Letra)

Completado en ____ / ____ /200__

Relación a paciente _____