

Cuestionario de Pacientes Nuevos

(Debe ser llenado por el padre o la madre)

Nombre de la madre _____ Edad _____

Ocupación _____

Nombre del padre _____ Edad _____

Si hay adultos encargados del hogar que trabajen fuera de casa - Quien se encarga del cuidado infantil de su hijo (a)? _____

A. EMBARAZO Y NACIMIENTO:

1. Edad de la madre al nacer _____
2. Alguna enfermedad de la madre durante el embarazo Si No
3. Tomo algún medicamento que no hayan sido las vitaminas y el hierro? Si No
4. El bebe nació a tiempo? Si No
5. Cual fue el peso del bebe al nacer? _____
6. El bebe tuvo algún problema de respirar al nacer Si No
7. El bebe tuvo algún problema mientras estaba en el hospital?
Como (ictericia, infección, otro?) Si No Que tipo? _____

B. HISTORIAL MEDICO PASADO:

1. Lugar donde asistió su hijo por chequeos médicos hasta hoy? _____
2. Fecha del ultimo chequeo medico? _____
3. Fecha del ultimo chequeo dental? _____
4. Alguna reacción alérgica a algún medicamento, comida, picada de insecto? Si No
5. Ha tenido su hijo(a) reacción alérgica a las vacunas? Si No Cuales? _____
6. Alguna hospitalización aparte del nacimiento? Si No Para que? _____
7. Algún golpe serio? Si No Que tipo? _____
8. Toma medicamentos regularmente? Si No Cuales? _____

C. HISTORIAL FAMILIAR:

1. Los padres del niño(a) se encuentran en buena salud? Si No
2. Encierre alguna enfermedad que los padres, tíos, abuelos, hermanos del niño(a) hayan tenido o tienen: anemia, asma, alergias, diabetes, alta presión sanguínea, problemas del corazón, tuberculosis, enfermedad mental, problemas de drogas, alcohol, problemas hereditarios, enfermedades venéreas, cáncer, SIDA, otras _____
3. Enliste edad, sexo y en general la salud de los hermanos y hermanas _____
4. Alguno de sus hijos ha muerto? Si No

D. ALIMENTOS Y NUTRICION:

1. El apetito de su hijo(a) es por lo regular bueno? Si No
2. Es bueno hasta hoy? Si No
3. Su bebe tuvo cólico severo o inusual durante los primeros 3 meses Si No
4. Algún alimento que no le caiga bien a el/ella? Si No
5. Por los primeros 6 meses de el/ella le dio Pecho o biberón? _____
6. Y si todavía le da formula, cual usa? _____
7. Le da vitaminas? Si No

E. REVISION DE LOS SISTEMAS:

1. Su hijo (a) tiene frecuentes infecciones de oído? Si No
2. Problemas de la vista? Si No
3. Problemas con los dientes? Si No
4. Frecuentes dolores de garganta? Si No
5. Tiene algún asma, neumonía o recurrente tos? Si No
6. Tiene algún soplo en el corazón o algún otro problema? Si No
7. Problemas en la orina? Si No
8. Problemas de diarrea o constipación? Si No
9. Ha tenido convulsiones o otros problemas del sistema nervioso? Si No
10. Tiene ronchas, eczema, o alguna condición en la piel? Si No
11. Alguna vez ha estado su hijo(a) anémico? Si No
12. Por favor enliste todo los problemas médicos _____

F. DESARROLLO Y CONDUCTA:

1. A que edad su hijo se sentó por si solo? _____
2. A que edad el/ella comenzó a caminar? _____
3. Su hijo(a) hablo alguna palabra alrededor de los 11 o 12 meses? _____
4. Tiene su hijo(a) algún problema al dormir? Si No
5. En que grado escolar va? _____
6. Tiene problemas en la escuela? Si No
7. Tiene problemas con otros niños? Si No
8. Encierre si su hijo(a) tiene alguno de los siguientes: se come las unas, se chupa el dedo, se orina en la cama, problemas para ir al baño, mal temperamento, hiperactivo, pesadillas, problemas al hablar, problemas de disciplina, otros. _____

G. SEGURIDAD AMBIENTAL:

1. Vive en casa privada, departamento, otro? (encierre uno)
2. Sabe cual es la temperatura del agua caliente de las tuberías? Si No
3. Hay detector de incendios en cada cuarto? Si No
4. Su hijo (a) usa el cinturón cada vez que va en el carro? Si No
5. Alguien del hogar que fume? Si No
6. Hay problemas sobre las condiciones de su casa? (levantándose la pintura, insectos, ratas o ratones) Si No
7. Su hijo (a) usa el casco cuando anda en bicicleta, patines o patineta?. Si No
8. Hay algunos fusiles en su hogar? Si No
9. Su hijo(a) Tiene acceso a la alberca o spa? Si No

H. TIENE CARTILLA DE VACUNACION?

Si No