

Cuestionario del paciente para Pediatría (hasta 17 años inclusive)

Aclaración: Los datos son confidenciales y serán revisados por el proveedor de servicios médicos. Los datos serán utilizados para actualizar su historia clínica.

Nombre: _____ FDN: _____ Fecha de hoy: _____

Padre/madre/tutores legales _____ Información de contacto: _____

Escuela: _____ Año: _____

Seguro de salud actual: _____ Último pediatra/proveedor de servicios médicos: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____ Ubicación de la farmacia: _____

ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Su hijo lo es por Nacimiento Adopción Guarda Otros _____

Lugar de nacimiento: _____

Tipo de parto: Por vía vaginal Cesárea Con fórceps Con ventosa Lesión perinatal

Complicaciones al momento del parto: _____

El parto se dio A tiempo Antes de las 37 semanas de embarazo Luego de las 42 semanas de embarazo

Peso al nacer: _____

Estatura al nacer: _____

¿Lo/la amamantó? Sí No Hasta qué edad: _____

¿Tuvo problemas para amamantar? Sí No _____

¿Tuvo la madre algún problema o enfermedad durante el embarazo? Sí No

Si respondió Sí, explique:

MEDICAMENTOS - Indique los medicamentos que toma su hijo y las dosis, ya sean recetados o de venta libre.

Ninguno

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VACUNACIÓN

¿Tiene su hijo/a todas las vacunas que corresponden aplicadas? Sí No No estoy seguro

ALERGIAS - ¿Es su hijo alérgico o ha sufrido alguna vez una reacción alérgica vinculada con alguno de los siguientes productos? Marque todos los que correspondan.

- Alimentos (por ejemplo mariscos, nueces, etc.) Si respondió Sí, ¿a cuáles? _____
- Medicamentos (como antibióticos o analgésicos) Si respondió Sí, ¿a cuál? _____
- Látex
- Animales
- Anestesia local
- ¿Tiene alguna otra alergia que quiera contarnos? Si respondió Sí, ¿a qué? _____

ENFERMEDAD/LESIÓN - ¿Está atravesando o atravesó alguna vez su hijo/a alguna de las siguientes situaciones?

Sí No

- Varicela
- Diabetes
- Otitis recurrente
- Problemas de oídos o audición
- Problemas de ojos o visión
- Dolores de cabeza frecuentes
- Asma bronquial
- Laringitis
- Bronquitis o neumonía
- Hipotiroidismo
- Dermatitis crónica o recurrente
- Accidentes/Fracturas
- (Niñas) Comenzó a menstruar
- (Niñas) Problemas menstruales

Sí No

- Problemas cardíacos o soplos
- Hemorragias abdominales o dolencias
- Anemia o hemorragias
- Dolencias abdominales frecuentes
- Constipación con necesidad de consulta médica
- Cistitis, insuficiencia renal o infección urinaria
- Enuresis nocturna (si es mayor de 5 años)
- TDAH/TDA
- Depresión o ansiedad
- Convulsiones / Otros problemas neurológicos
- Dificultades de aprendizaje
- Otras _____

Nombre _____

FDN _____

HRN _____

CIRUGÍAS - Indique todas las cirugías u hospitalizaciones a las que estuvo sometido.

CIRUGÍAS:	Fecha y lugar de la cirugía:	Complicaciones:
HOSPITALIZACIÓN:	Fecha y lugar de la hospitalización:	Motivo del ingreso:

ANTECEDENTES FAMILIARES - ¿Algún familiar o pariente de sangre de su hijo ha padecido alguna de estas enfermedades? (Marque todas las que correspondan.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas psíquicos/emocionales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades hereditarias |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Talasemia o anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema renal o urinario |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis o problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis/problemas hepáticos | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer | | |

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Nombres y edades de los hermanos

¿Con qué adultos convive su hijo?

¿Qué mascotas tiene? _____

¿Alguien fuma en el hogar? Sí No ¿Tiene algún revólver o arma de fuego en el hogar? Sí No

¿Cuántas horas pasa a diario generalmente su hijo frente a la TV, jugando con la computadora o el celular? ____

Actividades favoritas _____

¿Alguna vez vivió su hijo una situación traumática o alguna pérdida? Sí No _____

¿Cree que el hogar donde vive su hijo es seguro? Sí No _____

Nombre _____

FDN _____

HRN _____

NUTRICIÓN/HIGIENE BUCODENTAL

¿Tiene su hijo algún trastorno alimenticio? Sí No

¿Cree que su familia se alimenta lo suficiente? Sí No

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue al dentista? _____

¿Su hijo utiliza fluoruro? Sí No

Marque lo que su hijo consume regularmente:

Leche materna	Cereales/Pan/Pastas	Queso/Productos lácteos	Refrescos/Bebidas energizantes
Leche maternizada	Arroz/grano	Frutas	Comidas rápidas
Carnes	Cítricos, jugo	Vegetales	Snacks/papas fritas
Frijoles	Leche descremada	Vitaminas	Otros _____
Huevos	Leche entera	Chocolate/Golosinas	

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Sí No

- ¿Alguna vez su hijo «repitió» o tuvo que recursar un grado?
- ¿Está preocupado por la capacidad de concentración de su hijo?
- ¿Le gusta a su hijo asistir a la escuela?
- ¿Tiene alguna preocupación acerca del comportamiento de su hijo en la escuela?
- ¿Tiene alguna preocupación acerca del desempeño académico de su hijo?

La información que precede es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

La información que precede es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Provider Name: _____ Signature: _____ Review Date: _____

Nombre _____

FDN _____

HRN _____