

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Antecedentes pediátricos

Responda todas las preguntas

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

Instrucciones para el marcado

Utilice un lápiz número 2. Rellene completamente el óvalo como se muestra...



ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

| | | |
|-----|-----|-----|
| Mes | Día | Año |
| | | |

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Marque todas las afecciones que haya habido en la familia del PACIENTE:

ANTECEDENTES FAMILIARES DESCONOCIDOS NO TIENE ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

| Madre | Padre | Hermana | Hermano | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | TGD/TDAH |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alcoholismo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alergias (estacionales) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alergias (alimentos) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alergia a la penicilina |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anemia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Aneurisma |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trastorno de ansiedad |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arritmia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asma |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Autismo/síndrome de Asperger |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trastorno bipolar |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Problemas hemorrágicos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bronquitis (crónica) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (óseo) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (mama) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (leucemia) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (linfoma) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (de ovario) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (de piel) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (tiroideo) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cáncer (otro) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad celíaca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trastorno cromosómico |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Trastorno de la coagulación |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad cardíaca congénita |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Insuficiencia cardíaca congestiva |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de Crohn |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sordera |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Depresión |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes (aparición en la edad adulta) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes (aparición en la juventud) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Síndrome de Down |

| Madre | Padre | Hermana | Hermano | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Eccema |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de la vesícula biliar |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ERGE (reflujo gastroesofágico) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pérdida de la audición |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad cardíaca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Soplo cardíaco |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hipercolesterolemia (colesterol alto) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hipertensión (presión arterial elevada) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cardiomiopatía hipertrófica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hipogluceemia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad inflamatoria intestinal |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad renal |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cálculos renales |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Migrañas/dolores de cabeza |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prolapso de la válvula mitral |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mutación en el gen MTHFR |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Esclerosis múltiple |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Distrofia muscular |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infarto del miocardio/infarto cardíaco |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sobrepeso/obesidad |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Osteoporosis |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de úlceras pépticas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Escoliosis |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Convulsiones |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Estrabismo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accidente cerebrovascular |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Síndrome de muerte súbita |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Suicidio |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad tiroidea |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Colitis ulcerosa |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infecciones del tracto urinario |

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Quién vive en la casa con el niño? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|------------------------------------|
| padres <input type="checkbox"/> | hermanas <input type="checkbox"/> |
| madre <input type="checkbox"/> | abuela <input type="checkbox"/> |
| padre <input type="checkbox"/> | abuelo <input type="checkbox"/> |
| padres de acogida <input type="checkbox"/> | tía <input type="checkbox"/> |
| hermano <input type="checkbox"/> | tío <input type="checkbox"/> |
| hermanos <input type="checkbox"/> | vive solo <input type="checkbox"/> |
| hermana <input type="checkbox"/> | otros <input type="checkbox"/> |

Estado civil del padre/madre:

- soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a

Custodia: padre/madre custodia compartida tutor padre/madre de acogida abuelo/a

Cuidado infantil (distinto de la escuela):

- niñera niñera que vive en el hogar abuelo/a otro pariente

¿El niño va a la guardería? sí no

Exposición al humo del tabaco:

NINGUNA

Marque quién fuma en el interior de la casa:

- madre padre familiar cuidador

Marque quién fuma afuera de la casa:

- madre padre familiar cuidador

¿El paciente fuma? actualmente (todos los días) en el pasado
actualmente (algunos días) nunca

Idioma que se habla en el hogar (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|-------------------------------------|
| inglés <input type="checkbox"/> | canarés <input type="checkbox"/> |
| árabe <input type="checkbox"/> | coreano <input type="checkbox"/> |
| chino <input type="checkbox"/> | maratí <input type="checkbox"/> |
| holandés <input type="checkbox"/> | ruso <input type="checkbox"/> |
| farsi (persa) <input type="checkbox"/> | español <input type="checkbox"/> |
| francés <input type="checkbox"/> | tagalo <input type="checkbox"/> |
| alemán <input type="checkbox"/> | tamil <input type="checkbox"/> |
| gujarati <input type="checkbox"/> | telugu <input type="checkbox"/> |
| hindi <input type="checkbox"/> | tailandés <input type="checkbox"/> |
| italiano <input type="checkbox"/> | urdu <input type="checkbox"/> |
| | vietnamita <input type="checkbox"/> |

Mascotas:

- NINGUNA jerbo
perro(s) hámster
gato(s) caballo
pájaro conejo
pez reptil
tortuga

Antecedentes pediátricos

Responda todas las preguntas

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todas las cirugías que ha tenido su hijo. Si no tuvo ninguna, marque "El paciente NO HA TENIDO CIRUGÍAS".

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> El paciente NO HA TENIDO CIRUGÍAS | <input type="radio"/> reparación de hernia |
| <input type="radio"/> extracción de apéndice | <input type="radio"/> cirugía de tumor cerebral |
| <input type="radio"/> hueso(s) roto(s)/fractura(s) | <input type="radio"/> cirugía de médula anclada |
| <input type="radio"/> descompresión de Chiari | <input type="radio"/> extracción de amígdalas y adenoides |
| <input type="radio"/> inserción de tubos en los oídos | <input type="radio"/> derivación ventriculoperitoneal |
| <input type="radio"/> cirugía de corazón | <input type="radio"/> otras cirugías |

ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO

El paciente nació: a tiempo prematuro después de la fecha de parto

El parto fue: vaginal por cesárea

Peso al nacer:

| | | | | | |
|---------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| libras | 1 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 7 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> |
| | 2 <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> | 10 <input type="radio"/> |
| onzas | 0 <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> | 8 <input type="radio"/> |
| | 1 <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> | 7 <input type="radio"/> | 9 <input type="radio"/> |
| | | | 10 <input type="radio"/> | 12 <input type="radio"/> | 14 <input type="radio"/> |
| | | | 11 <input type="radio"/> | 13 <input type="radio"/> | 15 <input type="radio"/> |

¿La madre tuvo algún problema con el embarazo? sí no

¿El bebé tuvo algún problema después del parto? sí no

¿El bebé se quedó en el hospital después de que la mamá recibió el alta? sí no

Forma de alimentación amamantó biberón ambos

Si amamantó, cantidad de meses que lo hizo:

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1-5 <input type="radio"/> | 11-15 <input type="radio"/> | 21-25 <input type="radio"/> | 31-35 <input type="radio"/> |
| 6-10 <input type="radio"/> | 16-20 <input type="radio"/> | 26-30 <input type="radio"/> | 36 o más <input type="radio"/> |

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo alguna vez estuvo hospitalizado? sí no

¿Su hijo tuvo alguna enfermedad crónica o afección médica grave? sí no

¿Su hijo tuvo algún accidente o lesión grave? sí no

¿Cómo es el desarrollo de su hijo comparado al de otros niños de su edad?
promedio más rápido más lento

Vacunas: el niño no recibió ninguna algunas todas sus vacunas están al día

El niño tiene antecedentes de (marcar todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> autismo | <input type="radio"/> migrañas |
| <input type="radio"/> problemas hemorrágicos | <input type="radio"/> neurofibromatosis |
| <input type="radio"/> tumor cerebral | <input type="radio"/> fue prematuro |
| <input type="radio"/> defecto cardíaco congénito | <input type="radio"/> trastornos convulsivos |
| <input type="radio"/> trastorno genético | <input type="radio"/> médula espinal bífida |
| <input type="radio"/> hidrocefalia | <input type="radio"/> TGD/TDAH |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer las cosas

Sentirse triste, deprimido o sin esperanza

| Nunca | Algunos días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |