

## Cuestionario de Nuevos Pacientes

Nombre de la mama \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo \_\_\_\_\_ Número de expediente \_\_\_\_\_  
Nombre del papa \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

Si los adultos de la casa trabajan fuera de casa, tiene usted a su niño(a) en guardería o quien lo cuida? \_\_\_\_\_

### A. Embarazo y Parto

1. Edad de mama cuando nació su niño(a)? \_\_\_\_\_
2. Tubo la mama alguna enfermedad durante el embarazo? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. La mama tomo algún medicamento que no fuera vitaminas o hierro? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. El niño(a) nació a tiempo? Si \_\_\_ No \_\_\_
5. Cuanto peso el niño(a) al nacer? \_\_\_\_\_
6. El niño(a) tubo dificultades para respirar al nacer? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. El niño(a) tubo problemas de salud en el hospital? (ictericia, infecciones o algún otro problema)?

### B. Historia Médica

1. Que doctor a cuidado la salud de su hijo(a) hasta este punto? \_\_\_\_\_
2. Cuando fue su ultimo examen físico? \_\_\_\_\_
3. Cuando fue su ultimo examen dental? \_\_\_\_\_
4. Su hijo(a) a tenido una reacción a alguna medicina, piquete de insecto o a alguna comida?  
Si \_\_\_ No \_\_\_ A cuales? \_\_\_\_\_
5. Su hijo(a) a tenido una reacción a alguna vacuna (as)? Si \_\_\_ No \_\_\_  
A cuales? \_\_\_\_\_
6. Su hijo(a) a estado hospitalizado por alguna razón después de nacer? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Por cual razon? \_\_\_\_\_
7. Ha tenido serios golpes accidentales? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Que tipo de golpes accidentales? \_\_\_\_\_
8. Su hijo(a) toma alguna medicina(as) regularmente? Si \_\_\_ No \_\_\_  
Cual medicina(as)? \_\_\_\_\_

### C. Historia Médica Familiar

1. Están los padres de el niño(a) en buena salud? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Circule cualquier enfermedad que tengan o han tenido los papas, abuelos, hermanos(as) tíos (as): Anemia, asma, alergias, diabetes, alta presión, problemas del corazón, tuberculosis, enfermedades mentales, problemas con drogas, problemas con el alcohol, SIDA, cáncer, enfermedades transmitidas sexualmente, otra \_\_\_\_\_
3. Favor de nombrar la edad, sexo, y información de la salud general de los hermanos(as) del niño (a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Alguno de sus hijos(as) ha fallecido? Si \_\_\_ No \_\_\_

### D. Alimentación y Nutrición

1. El apetito de su hijo(a) es bueno usualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Es bueno ahora? Si \_\_\_ No \_\_\_

3. El niño(a) a tenido cólico o problemas de alimentación durante sus primeros 3 meses?  
Si \_\_\_ No \_\_\_
4. A el/ella le hace daño alguna comida? Si \_\_\_ No \_\_\_
5. Por los primeros 6 meses el/ella fue/es alimentado con biberón o pecho? (CIRCULE)
6. Si aun toma formula, cual usa? \_\_\_\_\_
7. El/ella toma vitaminas? Si \_\_\_ No \_\_\_

#### E. Revisión de Sistemas

1. Su niño(a) a tenido frecuentes infecciones de los oídos? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Problemas con los ojos? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. A el o ella tenido problemas con los dientes? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. Tiene el o ella frecuentes resfriados o dolores de garganta? Si \_\_\_ No \_\_\_
5. El o ella tiene asma, pnemonia o tos frecuente? Si \_\_\_ No \_\_\_
6. Tiene el o ella un soplo cardiaco o problemas con el corazón? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. Problemas al orinar? Si \_\_\_ No \_\_\_
8. Problemas con diarrea o estreñimiento? Si \_\_\_ No \_\_\_
9. A tenido el o ella problemas con convulsiones o otros problemas de el sistema nervioso? Si \_\_\_ No \_\_\_
10. El o ella tienes problemas de eczema, ronchas, o otras condiciones? Si \_\_\_ No \_\_\_
11. Su niño (a) alguna ves a sido diagnosticado con anemia? Si \_\_\_ No \_\_\_
12. Por favor liste cualquier otro problema medico que tenga su niño (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### F. Desarrollo y Comportamiento

1. A que edad se sentó solo su hijo(a)? \_\_\_\_\_
2. A que edad el o ella empezó a caminar solo? \_\_\_\_\_
3. El/ella empezó a hablar cuando el/ella cumplió un ano y medio? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. Como compara usted a su hijo(a) a otros niños de su edad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Tiene el o ella problemas para dormir? Si \_\_\_ No \_\_\_
6. En que grado esta el/ella en la escuela? \_\_\_\_\_
7. Ha tenido el/ella problemas en la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_
8. El o ella se lleva bien con otros niños?
9. Circule si su hijo(a) tiene alguna de los siguientes:  
Se muerde las unas, se chupa el dedo, se orina en la cama, problemas para ir al baño solo(a) mal humor, hiperactividad, falta de atención, pesadillas, problemas para hablar, problemas de disciplina, otro \_\_\_\_\_

#### G. Seguridad y Ambiente

1. Usted vive en una casa privada, apartamento, casa móvil o otro? (CIRCULE)
2. Usted sabe cual es la temperatura mas caliente de la agua en su casa? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. Usted tiene una alarma de humo en cada piso de su casa? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. Cuando su hijo(a) va en carro, siempre usa asiento de carro o el cinturón de seguridad?  
Si \_\_\_ No \_\_\_
5. Alguien fuma en su casa? Si \_\_\_ No \_\_\_
6. Ay algún problema con la condición de su casa como pintura que se esta despegando, insectos o ratas? Si \_\_\_ No \_\_\_
7. Su hijo(a) siempre usa casco cuando anda en bicicleta? Si \_\_\_ No \_\_\_

- H. Tiene usted el registro de las vacunas de su hijo (a)? Si \_\_\_ No \_\_\_