

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____
 Altura _____ Peso _____ Farmacia Preferida _____
 Médico Familiar _____ Proveedor de Referencia _____
 Fecha de Nacimiento _____

por favor enumere a los miembros de la familia que son pacientes o que han sido vistos en nuestra oficina:

Favor de contestar las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Puede que sea difícil contestar algunas de estas preguntas y el personal médico le ayudarán cuando le lleven a la sala de examen.

ANTECEDENTES GENERALES:

Queja principal (¿a qué vino?) _____
 Lugar/sitio del problema _____
 Calidad del problema (por ejemplo, dolor agudo o sordo) _____
 Severidad del problema (por ejemplo, leve, moderado, fuerte) _____
 Cuándo y por cuánto tiempo ocurre el problema (por ejemplo, por la noche o por una semana) _____
 Contexto (por ejemplo, se hace peor, se hace mejor, recurrente) _____
 Factores que lo modifican (cosas que hacen que sea mejor o peor) _____
 Síntomas asociados _____
 Alergias a algunos medicamentos? Si afirmativo, ¿a cuál(es)? _____
 Medicamentos que toma actualmente (inclusive aspirina, medicamentos herbales o sin receta) _____
 Lista de problemas médicos: _____
 (por ejemplo, asma, _____
 Diabetes, etc.) _____
 ¿Operaciones previas? Si afirmativo, ¿cuál(es)? _____

NACIMIENTO/HISTORIA SOCIAL:

	Sí	No	Explique
¿Fue su hijo/a producto de un embarazo y parto normales?			
¿Está su hijo/a bajo cuidado de guardería?			
¿Es que algún familiar fuma en el hogar?			
¿Están al día las inmunizaciones de su hijo/a?			

HISTORIA FAMILIAR:

¿Tiene su hijo/a familiares que sufran de?	Sí	No	Parentesco
Diabetes			
Presión de sangre elevada			
Enfermedad cardíaca			
Cáncer			
Pérdida auditiva			
Asma			
Derrame cerebral			
Insuficiencia respiratoria			
Trastornos hemorrágicos			

Complicaciones anestésicas			
Otras enfermedades heredadas			



Cuestionario de Salud -- Pediatría

HISTORIA MÉDICA: (favor de hacer comentarios sólo sobre problemas que tenga su hijo/a)

¿Tiene usted:	Sí	No	Explique
Historia de fiebre, pérdida de peso o escalofríos?			
Cambios de vista?			
Problemas auditivos o zumbido en los oídos?			
Historia de exposición al ruido?			
Problemas con oídos, nariz o garganta? (No relacionados con visita de hoy)			
Problemas cardiovasculares? (Dolor de pecho, presión de sangre elevada, soplo cardiaco, ataque cardiaco, etc.)			
Problemas respiratorios? (Respiración sibilante, asma, falta de aliento, enfisema, bronquitis, etc.)			
Problemas gastrointestinales? (heces sanguinolentas, úlceras, acidez estomacal, etc.)			
Problemas genitourinarios? (Sangre en la orina, dolor al orinar, etc.)			
Problemas músculo esqueléticos? (Debilidad muscular, artritis, etc.)			
Problemas neurológicos? (Derrame cerebral, ataques, migrañas, etc.)			
Problemas psiquiátricos? (Depresión, ansiedad, angustia, etc.)			
Problemas endocrinos? (Diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
Problemas inmunológicos? (SIDA, inmunodeficiencias, etc.)			
Cáncer?			
Cambios en la piel?			
Problemas hemorrágicos? (Facilidad para amoratarse, sangrado excesivo, etc.)			

Si su médico de cabecera no sabe de alguno de estos problemas, le animamos mucho a que le avise porque estos problemas pudieran poner en peligro su salud. Si no tiene médico de cabecera, le animamos a que obtenga uno.

Use el siguiente espacio para toda inquietud o explicación de salud que requiera espacio adicional.

Firma _____