CUESTIONARIO PARA PACIENTES – BOCA PEDIATRIC GROUP

Bienvenido/a a nuestra centro clinico!. Por favor, complete este formulario lo más especifico posible para ayudarnos a conocer más sobre su hijo/a.
Si las preguntas no corresponden, por favor, indique "N/A".
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nascimento:_____
Motivo de la visita: _____

HISTORIAL CLINICO: (EMBARAZO, PARTO, NACIMIENTO Y PRIMERA SEMANA DE VIDA)

1) Presentó alguna enfermedad inusual o complicación durante el embarazo?? [S]/ [N] Si respondio SI, explicar_____
2) Nombre del médico que entregó a su bebé: _____Tipo de parto? Cesárea o Parto Natural?
Nombre del Hospital: _____
3) Peso al nacer _____lbs _____oz. Tamaño? _____
4) Hubo algúna complicacion con el bebé al nacer?? Resporatoria [S] [N] Ictericia [S] [N] Otra: _____
Cuánto tiempo estuvo el bebé en la sala de recién nacidos?_____

HISTORIAL MEDICO PASADO:

1) Su hijo ha experimentado un número inusual de enfermedades u otros problemas de salud que requieran atención médica? [S] or [N] En caso de contestar Si, Explicar: _____
2) Su hijo tiene alergia a algún medicamento? [S] or [N] En caso de contestar Si,Por favor indicar cuales: _____
3) Su hijo padece alergias de algún tipo? [S] or [N] En caso de contestar Si,Por favor indicar cuales: _____
4) Su hijo toma medicamentos regularmente? [S] or [N] En caso de contestar Si,Por favor indicar cuales: _____
5) Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? [S] or [N] Cuándo? _____
Motivos:_____
6) Su hijo ha tenido alguna vez una cirugía? [S] or [N] Cuándo? _____
Motivo:_____

7) Por favor, indique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes::
[ ] Cólicos [ ] Problemas de alimentación[ ] Infecciones de oído [ ] Resfriados frecuentes [ ] Sibilancias [ ] Asma [ ] Hepatitis
[ ]Convulsiones [ ] Erupción cutánea [ ] Dermatitis/urticaria [ ] Infecciones urinarias [ ] Dolor de garganta por estreptococos [ ] Anemia
[ ] Reacciones a medicamentos [ ] Problemas articulares [ ] Problemas en los pies o piernas
[ ] Problemas de comportamiento [ ] Otros _____
Comentarios:
_____

DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO:

1) Hasta donde usted sabe, el desarrollo de su hijo es normal? [S] or [N]
Comentarios:_____

2) A qué edad su hijo/a comenzó a...?: Sentarse solo? _____ Caminar? _____ Formó oraciones? _____ Empezó a ir al baño? _____
3) Grado escolarl? _____ Algun problema en la escuela? [S] or [N] Fundamentar::
_____
4) Hay algún otro problema de comportamiento? [S] or [N] Por favor explicar
_____
5) Ha utilizado su hijo drogas ilegales? [S] or [N]

PERFIL/HISTORIAL FAMILIAR:
1) Edad del Padre: _____ con buena salud? [S] or [N] Edad de la madre: _____ con buena salud? [S] or [N]
2) Los padres están [ ] Casados [ ] No están casados [ ] Divorsiados [ ] Separados
Hay otros niños en la familia? Cuántos: _____ Por favor, nombre los hermanos/hermanas y sus edades a continuación:_____
3) Algún miembro de la familia o pariente de sangre de su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? (Si es así, por favor indique el parentesco y el nombre_____
[ ] Diabetes [ ] Asma [ ] Anemia [ ] Epilepsia/Convulsiones [ ] Retraso mental [ ] Problema de drogas o alcohol
[ ] Cáncer [ ] SIDA [ ] Fibrosis quística [ ] Tuberculosis [ ] Enfermedad cardíaca[ ] Presión arterial alta [ ] Migraña
[ ] Colapso nervioso [ ] Defectos de nacimiento [ ] Pérdida temprana de la audición [ ] Muerte Súbita del Lactante [ ] Fiebre del heno
[ ] Otro o comentarios:
_____
_____
_____
Qué soluciónes para el cuidado del niño están disponibles en su ausencia?
_____
Nombre y vínculo de la persona que completa este formulario?
_____
Fecha de hoy: _____

Muchas Gracias!