

**Cuestionario  
Inicial de Salud**

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de TODOS aquellos que viven en el hogar:

Nombre:	Relación con el niño	Fecha de Nacimiento:	Problemas de Salud

Sí los padres no viven juntos o Sí el Niño no vive con sus padres ¿cuál es el estado de la custodia del niño?

\_\_\_\_\_

Sí uno o ambos padres no están viviendo en la casa, ¿con que frecuencia el/ ella vea el padre o los padres presente en la casa?

\_\_\_\_\_

Hospital de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso de descarga: \_\_\_\_\_ Fue el parto:  Vaginal  Cesárea

¿Cuentas semanas de gestación? \_\_\_\_\_ Fue cesárea, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Su bebe tuvo algún problema justo después de nacer?  Sí  No

¿Fue requerido quedarse en el NICU?  Sí  No Fue alimentación inicial:  A m a m a n t a d o ?  Botella?

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo?  Sí  No Explicación: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿la madre fumó o bebió alcohol?  Sí  No

¿Usas drogas o medicamentos?  Sí  No

¿Considera que su hijo goza de buena salud?

¿Su hijo tiene alguna enfermedad o afección médica grave?  Sí  No  Explicación: \_\_\_\_\_

¿Su hijo se ha sometido a alguna cirugía?  Sí  No  Explicación: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado?  Sí  No  Explicación: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene alguna alergia?  Sí  No  Explicación: \_\_\_\_\_

Haga que algún miembro de la familia haya tenido lo siguiente: Por favor, enumere a continuación Abuela / padre materno / paterno , hermana, hermano, tía, tío

Pérdida auditiva infantil  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Alergias ambientales  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Asma  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Tuberculosis  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Enfermedad cardíaca (antes de los 55 años de edad)  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Presión arterial alta (antes de los 55 años de edad)  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Colesterol alto o toma medicamentos para el colesterol  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Anemia  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Trastorno hemorrágico  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Cáncer (antes de los 55 años)  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Enfermedad hepática  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Nefropatía  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Diabetes (antes de los 55 años)  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Golpe  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Problemas de tiroides  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_

Obesidad  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_  
 Epilepsia o convulsiones  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_  
 Abuso de alcohol o drogas  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_  
 Enfermedad mental / Depresión  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_  
 Discapacidad del desarrollo  Sí  No  DK Quién: \_\_\_\_\_  
 Problema inmunológico, VIH o SIDA  Sí  No  DK Quién: \_\_\_\_\_  
 Consumo de tabaco  Sí  No  DK Quién: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares adicionales: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido:

Varicela  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_ Infecciones frecuentes del oído o problemas con el oído o la audición

Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Alergias nasales  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Problemas con los ojos o la visión  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Anemia o problema de sangrado  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Dolor abdominal frecuente  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Estreñimiento que requiere visitas al médico  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Infecciones y problemas recurrentes del tracto urinario  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Cáncer  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Enfermedad renal o malformaciones urológicas  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Enuresis (después de los 5 años)  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Problemas para dormir o ronquidos  Sí  No  DK Explicar: Problemas \_\_\_\_\_

crónicos o recurrentes de la piel (acné, eczema, etc.)  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza frecuentes  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Convulsiones u otros problemas neurológicos  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Obesidad  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Diabetes  Sí  No  DK Explicación: \_\_\_\_\_

Tiroides u otro problema endocrino  Sí  No  DK Explicación: \_\_\_\_\_

Presión arterial alta  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_

Historia o lesiones graves / fracturas / conmociones cerebrales  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Uso de alcohol, drogas o consumo de tabaco  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

TDAH / ansiedad / problemas de estado de ánimo / depresión  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Retraso en el desarrollo  Sí  No  DK Explicar: \_\_\_\_\_

Embarazo  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_ (Para las niñas) ¿Problemas con sus

períodos?  Sí  No  DK Explica: \_\_\_\_\_ Ha tenido el primer período  Sí  No Edad del primer período \_\_\_\_\_

Cualquier otro problema significativo: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo?  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa el desarrollo mental / emocional de su hijo?  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo?  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_

Si su hijo está en la escuela:

¿Cómo es su comportamiento en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado o repetido un grado en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo le va en las asignaturas académicas? \_\_\_\_\_

¿Vives en una casa privada, apartamento y casa móvil, construida antes de 1977?  Sí  No

¿Su temperatura en su calentador de agua está establecida en 120°?  Sí  No

¿Hay una alarma de humo que funcione en cada habitación de su casa?  Sí  No

¿Usted y su hijo usan cinturones de seguridad / asientos de automóvil mientras viajan en un automóvil?  Sí  No

¿Su hijo usa casco y equipo de seguridad mientras anda en bicicleta o patineta?  Sí  No

Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando alguna vitamina:  Sí  No De qué tipo? \_\_\_\_\_