Western Wake Pediatrics

Cuestionario para pacientes nuevos: **NIÑO** mayor de 1 año

NOMBRE DEL PACIENTE **Fecha de nacimiento**

Nombre del padre/madre/tutor Encierre en un círculo: Madre Padre Otro:

Nombre del padre/madre/tutor Encierre en un círculo: Madre Padre Otro:

Encierre una opción en un círculo. Si la respuesta es SÍ, explique en las líneas a la derecha.

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

1. ¿Tiene el niño algún problema médico? No Sí
2. ¿Hubo algún problema en el embarazo o parto? No Sí
3. ¿Ha tenido el niño alguna operación en el pasado (incluyendo conductos para los oídos)? No Sí
4. Fecha del último chequeo médico
5. Fecha del último chequeo dental
6. ¿Ha tenido el niño alguna reacción alérgica a cualquier medicamento, comida o mordeduras de insectos? No Sí
7. ¿Ha pasado el niño la noche en el hospital, además de cuando nació? No Sí
8. ¿Ha tenido el niño alguna lesión grave? No Sí
9. ¿Toma el niño medicamentos, vitaminas o suplementos habitualmente? No Sí
10. ¿Usa el niño medicamentos alternativos/remedios de hierbas? No Sí
11. ¿Alguna vez ha recibido el niño terapia física, terapia del habla o terapia ocupacional? No Sí

HISTORIA FAMILIAR

Indique si la madre (M), el padre (P), los hermanos (H), los abuelos maternos o paternos han tenido algo de esto:

Artritis	VIH/SIDA	Problemas emocionales
Colesterol alto	Hepatitis	Obesidad
Presión arterial alta	Tuberculosis	Defectos de nacimiento
Derrame cerebral	Alergia (que tipo)	Cáncer
Diabetes	Fibrosis quística	Fumador de tabaco
Enfermedad del riñon	Anemia depranocítica	Convulsiones
Consumo de drogas	Alcoholismo	Otro
Hemofilia, sangrado o trastornos de coagulación		

¿Ha muerto alguno de sus hijos? No Sí

Mencione el nombre, edad y relación (hermano, hermana, medio hermana, hermanastro, etc.) de los hermanos del paciente

REVISIÓN DE SISTEMAS

Ha tenido su hijo alguno de los siguentes:

- Infecciones frecuentes de oído No Sí
- Problemas de audición No Sí
- Problemas de la vista No Sí
- Problemas de los dientes No Sí
- Resfriados o dolor de garganta frecuentes No Sí
- Asma, neumonía o tos recurrente No Sí
- Soplo cardíaco o problemas del corazón No Sí
- Problemas para orinar No Sí
- Diarrea o estreñimiento No Sí
- Convulsiones u otros problemas del sistema nervioso central No Sí
- Eczema, urticaria u otras condiciones de la piel No Sí
- Hiperactividad No Sí
- Problemas del habla No Sí
- Otro (explique)

NOMBRE DEL PACIENTE **Fecha de nacimiento**

SEGURIDAD Y ENTORNO

1. ¿Está ajustado su calentador de agua a una temperatura máxima de 120 grados?	No	Sí
2. ¿Hay una alarma de humo que funciona en cada piso de su casa?	No	Sí
3. Si hay armas en su casa, ¿se mantienen cerradas con llave con las municiones cerrada por separado?	No	Sí
4. ¿Usa su hijo siempre un cinturón de seguridad o silla para el auto?	No	Sí
5. ¿Su hijo siempre usa casco cuando anda en bicicleta, patineta, monopatín, etc.?	No	Sí
6. ¿Hay algún fumador en casa?	No	Sí
7. ¿Le preocupa la condición de su hogar? (pintura descascarada, insectos, ratas, etc.)	No	Sí
8. ¿Necesita ayuda para encontrar una vivienda estable?	No	Sí
9. ¿Necesita ayuda para comprar comida para su familia?	No	Sí

10. Los padres están (encierre una opción en un círculo): Casados Divorciados Separados Viudos Juntos, pero no casados

11. ¿Con quién y dónde vive el niño? _____

12. ¿Quién tiene la custodia legal/autoridad para tomar decisiones médicas para el paciente? _____

Firma _____ **Fecha** _____