Western Wake Pediatrics

Cuestionario para pacientes nuevos: **BEBÉ** menor 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.

EMBARAZO Y NACIMIENTO

1. Edad de la madre cuando nació el bebé
2. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? No Sí
3. Durante el embarazo, ¿usó la madre algún medicamento además de las vitaminas? No Sí
   a. Alcohol No Sí
   b. Cigarros o vapeo No Sí
   c. Marihuana No Sí
   d. Otras drogas No Sí
4. ¿Historia de herpes, VIH u otras infecciones genitales? No Sí
5. ¿Nació el bebé a término? Si nació prematuramente, ¿de cuántas semanas? No Sí
6. ¿Parto vaginal o cesárea?
   a. Si fue cesárea, ¿por qué?
7. ¿Cuánto pesó al nacer?
8. ¿Tuvo el bebé algún problema para empezar a respirar? No Sí
9. ¿Tuvo algún problema el bebé mientras estuvo en el hospital? (¿ictericia, infecciones, problemas para empezar a respirar?) No Sí

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

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

NOMBRE DEL PACIENTE **Fecha de nacimiento**

REVISIÓN DE SISTEMAS

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes:

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	

Otros: _____

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 siempre un asiento para el automóvil cuando viaja en un auto?	No	Sí
5. ¿Hay algún fumador en casa?	No	Sí
6. ¿Le preocupa la condición de su hogar? (pintura descascarada, insectos, ratas, etc.)	No	Sí
7. ¿Necesita ayuda para encontrar una vivienda estable?	No	Sí
8. ¿Necesita ayuda para comprar comida para su familia?	No	Sí

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

10. ¿Con quién vive el niño? _____

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

Firma _____ **Fecha**