

## Pediatric History Questionnaire

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Formulario completado por \_\_\_\_\_ Número de historia clínica \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales del enfermero \_\_\_\_\_

### Hogar

Enumere a todas las personas que viven en el hogar del niño.

Nombre	Parentesco con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

### Antecedentes del nacimiento

Peso al momento del nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

La alimentación inicial fue  Leche materna  Leche de fórmula

¿Tuvo la madre algún problema con el embarazo?  
 Sí  No Explique \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿hizo la madre algo de lo siguiente?

Fumó  Sí  No Bebió alcohol  Sí  No

Usó drogas o medicamentos  Sí  No ¿Qué usó? \_\_\_\_\_ ¿Cuán-do lo hizo? \_\_\_\_\_

El parto fue  Vaginal  Por cesárea

Si se realizó una cesárea, ¿por qué se la realizó? \_\_\_\_\_

Parto de nalgas  Sí  No

¿Tuvo el bebé algún problema inmediatamente después del nacimiento?

Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Estuvo el bebé en unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)?  Sí  No

¿Tuvo el bebé algún problema de respiración?  Sí  No

¿Tuvo el bebé problemas de ictericia?  Sí  No

¿Se retiró el bebé del hospital con su mamá?

Sí  No Explique \_\_\_\_\_

### General

¿Considera usted que su bebé no tiene una buena salud?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna afección médica grave?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo accidentes o lesiones significativas?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo hospitalizado alguna vez?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún medicamento?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento regular?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

### Desarrollo

¿Cuándo hizo su hijo lo siguiente? Se sentó \_\_\_\_\_ meses Gateó \_\_\_\_\_ meses Caminó \_\_\_\_\_ meses

Dijo su primera oración \_\_\_\_\_ Aprendió a usar el baño \_\_\_\_\_

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

¿Le preocupa el desarrollo mental de su hijo?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Le preocupa el período de atención de su hijo?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

¿Cómo es el comportamiento de su hijo en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado o repetido algún grado? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de calificaciones tiene en las asignaturas académicas? \_\_\_\_\_

¿Se encuentra su hijo en una clase especial o de recursos? \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares

¿Ha tenido alguno de los familiares (la madre, el padre, la hermana, el hermano, la tía, el tío, el abuelo o la abuela del paciente) lo siguiente?

Alergias significativas  Sí  No ¿Quién? Explique. \_\_\_\_\_

Asma  Sí  No ¿Quién? Explique. \_\_\_\_\_



### Pediatric History Questionnaire

805868 R 11/29/2018

Name / MR# / Label

## Pediatric History Questionnaire

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Enfermedad cardíaca (aparición antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Presión arterial alta (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Accidente cerebrovascular (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Diabetes (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Trastornos gastrointestinales (GI) (celiaquía, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Trastornos autoinmunitarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Migraña	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)/discapacidad en el aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Enfermedad mental/suicidio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Inmunodeficiencia/VIH/sida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Problemas ortopédicos (artritis, artritis reumatoide escoliosis)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	
Trastornos pediátricos de la cadera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Quién? Explique.	

### Revisión de los sistemas

¿Tiene su hijo o ha tenido alguna vez lo siguiente?

(Si la respuesta es "Sí", explique)

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Otitis frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Problemas auditivos o de los oídos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Problemas visuales o de los ojos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Asma, sibilancia, bronquiolitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Algún problema cardíaco o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Anemia o problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Dolor abdominal intenso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Vómito recurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Estreñimiento que requiere visitas al consultorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Infecciones de la vejiga, los riñones y las vías urinarias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
Incontinencia nocturna después de los 5 años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	
(Para niñas) ¿Ha comenzado su período menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo tuvo su último período menstrual?	_____
(Para niñas) ¿Tiene algún problema con sus períodos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Algún problema cutáneo crónico o recurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Dolor de cabeza intenso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Convulsiones o conmociones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Problemas de la tiroides o de las glándulas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique	_____

<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____
<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____	<input type="checkbox"/> Actualizado _____ Iniciales _____



### Pediatric History Questionnaire

805868 R 11/29/2018

Name / MR# / Label