



## Questionario Inicial

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Nombre del Acompañante \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de todos los que viven en casa del niño.

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

Algun hermano/a que no esta en las lista? Nombre los aqui, con edad y donde vive \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El niño/a vive con: \_\_\_Padres biológicos \_\_\_Padres adoptivos \_\_\_Familia Acojida \_\_\_Custodia junta  
\_\_\_Custodia unica

### Historial de Nacimiento

Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ El Niño/a nació a término o prematuro? \_\_\_\_\_

Número de semanas al nacer? \_\_\_\_\_ Alguna complicación prenatal or neonatal? \_\_\_SI \_\_\_NO

Si la respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



El nacimiento fue \_\_\_Vaginal o \_\_\_ Cesarea? Si Fue cesarea, porque? \_\_\_\_\_

Se tuvo que quedar el bebe en el hospital por alguna rason? \_\_\_Si \_\_\_No

Si, Si porfavor explique: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo la madre: uso tabaco \_\_\_Si \_\_\_No, Tomo Alcohol: \_\_\_Si \_\_\_NO, Uso drogas

Ilegales: \_\_\_Si \_\_\_ No, Tomo medicina: \_\_\_Si \_\_\_No, Tomo vitaminas prenatales: \_\_\_Si \_\_\_No

Si contesto Si alguna pregunta anterio porfavor explique aqui: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**General:**

Considera que su nino/a esta en buena salud? \_\_\_Si \_\_\_No, Esplique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene su nino/a alguna enfermedad seria or condicion medica? \_\_\_Si \_\_\_No, Esplique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su nino/a a tenido alguna cirugia? \_\_\_Si \_\_\_No, Esplique: \_\_\_\_\_

El nino/a a sido hopitalizado? \_\_\_SI \_\_\_No, Esplique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El nino/a esta tomando algun medicamento? \_\_\_Si \_\_\_No, Porfavor nombrellos aqui: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El nino/a tiene alguna alergia a alguna medicina? \_\_\_SI \_\_\_No Si, Si explique aqui: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Historial de Familia Biologica**

(M=Madre, P=Padre, H=Hermano/a, AM=Abuelos Materna, AP=Abuelos Paternos)

Algun familiar a tenido lo siguiente?	M	P	H	AM	AP
1. Perdida de audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedad cardiaca (antes de 55 anos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trastorno de coagulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedad epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diabetes/tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enfermedad mental/deprecion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Discapacidad de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial del Pasado**

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Problemas de audicion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Alergia nasals
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Problemas del Corazon o Soplo Cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Trastorno metabolic

- 7. Cancer
- 8. Enfermedad renal
- 9. Problemas del sueño
- 10. Problemas Crónico de la piel (acne/eczema)
- 11. Convulsiones o problemas neurológico
- 12. Tiroides/problemas endocrinólogos
- 13. Historial de lesiones graves/fracturas/conmociones cerebrales
- 14. Retraso de desarrollo
- 15. Historial de violencia familiar
- 16. (Para mujer) Problemas con su periodo
- 17. A tenio su primer period
- 18. Deficit de atencion hiperactividad
- 19. Algun otro problema significativo

Si respondio Si alguna de estas preguntas explique aki: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---