

Center for Pediatric Digestive Health and Nutrition
at Arnold Palmer Hospital for Children

Por favor, complete el siguiente cuestionario. Constituirá una parte importante del expediente médico de su hijo(a).

Nombre del paciente: _____ Fecha de la cita: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ MR #: _____
 Nombre del Pediatra: _____ Tel. #: _____

Razón de la visita: _____

A. Historia clínica

1. Datos del nacimiento: Peso al nacer: _____ Medida: _____ A término/Prematuro (elijá una)
 Problemas durante el embarazo: _____

Tipo de parto: Vaginal / Cesárea (elijá uno) Describa cualquier tipo de problema: _____

Problemas en la sala para recién nacidos/durante el primer mes de vida: _____

2. Indique cualquier tipo de problema médico que tenga su hijo (a). Indique todos los medicamentos que toma (incluya medicamentos de venta libre y a base de hierbas).

3. Indique todas las hospitalizaciones de su hijo (a). Incluya la edad, el lugar y el motivo de la hospitalización. Alergias a medicamentos: _____

 ¿Tiene las vacunas al día?
 Sí No

4. Indique todas (os) las cirugías/ los procedimientos que le hayan sido practicadas (os) a su hijo (a), incluyendo las fechas. Incluya los procedimientos realizados como paciente ambulatorio.

B. Historia familiar

1. ¿Algún familiar del (de la) paciente tuvo alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es sí, marque el casillero e indique el parentesco de la persona con el (la) paciente junto a la enfermedad correspondiente.
 Enfermedad celiaca Síndrome de colon irritable Enfermedades de la sangre
 Enfermedad de riñones Cáncer del colon Enfermedad del hígado o vesícula biliar
 Colesterol o lípidos altos Estreñimiento Pólipos
 Diabetes Problemas del pulmón Enfermedad de Crohns
 Colitis Ulcerativa Dolor de cabeza SIDS
 Fibrosis quística Úlceras Enfermedad del Corazón
 Reflujo Alergias Presión alta
 Enfermedades gastrointestinales Problemas de anestesia Muerte de bebés o niños en la familia

2. ¿Hay alguna otra enfermedad que venga de familia? _____

3. Expuesto: Viaje _____ Campamento _____ Mascostas _____ Víboras _____ Lagartijas _____
 Tortugas _____

4. Personas Enfermas: _____ El agua es suplida: Ciudad _____ Pozo o manantial: _____

C. Antecedentes sociales:

1. ¿Quiénes viven en la misma casa con el (la) paciente?

2. ¿Los padres: ()son solteros o ()están casados
 ()están separados ()están divorciados
 se han vuelto a casar?

3. Antecedentes escolares:
 A) Grado en la escuela: _____
 B) Desempeño/Calificaciones: _____
 C) ¿Hubo algún cambio reciente en el comportamiento/desempeño? _____

4. ¿Tiene algún tipo de estrés inusual en la casa o en la escuela? Sí No
 Si respondió sí, explique por favor. _____

Nombre	Edad	Parentesco con el/la paciente	Algún problema de salud

5. Quién fuma en la familia? _____

D. Revisión de sistemas: Por favor, marque cualquiera de los siguientes que constituyan un problema para su hijo(a):

Aspectos generales

- Fiebre/temperatura recurrente
- Pérdida de peso
- Aumento de peso

Piel

- Erupciones cutáneas
- Acné
- Fácil formación de moretones

Oídos, Nariz, Garganta

- Dolor de oído
- Infecciones de oído
- Secreción de los oídos
- Hemorragias nasales
- Sinusitis
- Ulceras bucales
- Dificultad al tragar
- Ronquera
- Gusto ácido en la boca
- Dolor de garganta
- Problemas dentales

Gastrointestinal (estómago/ intestinos)

- Estreñimiento (defecación dura o infrecuente)
- Ensucia la ropa interior
- Diarrea
- Vómito/esputo
- Pirosis (acidez)
- Sangre en las heces
- Dificultad al tragar
- Dolor de estómago
- Náuseas
- Trastornos hepáticos/ictericia/hepatitis

Corazón/Vasos sanguíneos

- Soplo cardíaco
- Problemas cardíacos
- Dolor en el pecho
- Palpitaciones (latidos acelerados)
- Latidos irregulares
- Problemas de presión arterial

Sistema reproductor/ urinario

- Dolor/ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Aumento en la frecuencia o cantidad de orina
- Hinchazón/retención de líquidos
- Otros problemas del tracto urinario o de los riñones
- Problemas menstruales
- Edad a la primera menstruación _____
- Fecha de finalización de la última menstruación ____

Endocrino (glándulas)

- Problemas de tiroides
- Crecimiento insuficiente
- Otros problemas hormonales/glandulares

Neurológico (cerebro/nervios)

- Retraso del desarrollo
- Dolores de cabeza
- Convulsiones
- Mareos
- Desmayo
- Trastorno de déficit de atención (hiperactividad/ ADHD)
- Disminución de la sensación
- Disminución de la fuerza muscular
- Otros problemas neurológicos

Respiración/Pulmones/Pecho

- Tos
- Sibilancia
- Asma
- Disnea
- Apnea (ausencia de respiración)
- Neumonía

Mamas

- Secreción de los pezones
- Bultos/nódulos mamarios
- Otros problemas de la piel

Músculo esquelético

- Probl. en las articulaciones
- Debilidad
- Escoliosis (curvatura de columna)

Alergias/Sistema inmunológico

- Alergias
- Problemas inmunológicos
- Infecciones frecuentes
- Infecciones inusuales

Ojos

- Usa anteojos
- Visión borrosa
- Visión doble
- Dolor en los ojos

Hematológico (problemas sanguíneos)

- Trastornos hemorrágicos/sangrado fácil
- Anemia
- Recibió transfusiones de sangre
- Fácil formación de moretones
- Nódulos linfáticos inflamados
- Tumores/crecimientos

E. Antecedentes de alimentación:

¿Qué tipo de alimentación recibía su hijo(a) cuando era bebé? Lactancia materna Alimentación con biberón

Si respondió "lactancia materna," indique durante cuánto tiempo. _____

¿Qué fórmula recibió (recibe) su hijo(a)? _____

¿Su hijo(a) tiene una dieta especial o restringida? Sí No

Si respondió sí, descríbala por favor. _____

¿El apetito de su hijo(a) es normal o ha disminuido? _____

F. Antecedentes de evacuación fecal:

¿Su hijo(a) eliminó meconio (excreta) mientras estuvo en la sala para recién nacidos durante las primeras 24-48 horas de vida? Sí No

¿Su hijo(a) evacuaba normalmente cuando era bebé? Sí No

¿Con qué frecuencia evacua su hijo(a) ahora? _____

¿Su hijo(a) tiene accidentes (ensucia la ropa interior)? Sí No

¿Qué consistencia tienen las excretas de su hijo(a)? Dura Blanda Poco consistente Líquida

¿Las excretas de su hijo(a) tienen mal olor? Sí No

¿Qué color tienen las excretas de su hijo(a)? Marrón Amarillo Verde Naranja Rojo Negro