

## Historia Cuestionario Inicial

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Forma Completada Por: \_\_\_\_\_

**Por favor ponga a toda las personas que viven en la casa del niño:**

Nombre	Relacion con el paciente	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

Hay algun hermano no puesto en una lista? De ser asi, por favor ponga sus nombres u edades y en donde viven ellos?  
\_\_\_\_\_

Si la madre y el padre no viven juntos, o si el niño no vive con los padres, cual es el estado de custodia del niño?  
\_\_\_\_\_

Si un o ambos padres no viven en la casa, con que frecuencia ve el/ella a los padres?  
\_\_\_\_\_

## Historia de Nacimiento

Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fue el parto? Vaginal Cesarea  
Nacio el bebe a tiempo? \_\_\_\_\_ Si cesarea por que? \_\_\_\_\_  
Si fue prematuro cuantas semanas de gestacion? \_\_\_\_\_  
Tiene su bebe algun problema despues de nacimiento? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Se fue a casa el bebe con la madre del hospital? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Tenia la madre alguna enfermedad o problemas con su embarazo? \_\_\_\_\_  
Fue la alimentacion inicial pecho o formula? \_\_\_\_\_  
Durante el embarazo consumo bebidas alcoholicas? Si No Fumo? Si No  
Drogas o medicamentos? Si No Que: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

## General

Piensa usted que el niño esta en Buena salud? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Tiene su niño alguna enfermedad grave o una condicion medica? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Ha tenido su niño alguna herida seria o accidentes? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Ha tenido su niño cirugia? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Ha sido hospitalizado alguna vez su niño? Si No Explique: \_\_\_\_\_

## Desarrollo

Esta preocupado usted por el desarrollo fisico de su niño? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Esta preocupado por el desarrollo mental o emocional de su niño? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Estan ustedes preocupados de la capacidad de concentracion de su hijo? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Su niño esta en la escuela? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Como es su comportamiento en la escuela? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Ha reprobado un grado en la escuela? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Como esta el en sus materias academicas? Si No Explique: \_\_\_\_\_  
Esta el en clases especiales? Si No Explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE FAMILIA

Tiene cualquier miembro de la familia lo siguiente:

Sordera	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Alergias Nasales	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Asma	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Tuberculosis	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedad Cardiaca (antes de los 50 anos)	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Hipertension (antes de los 50 anos)	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Colesterol Alto	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Anemia	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Desorden en la sangre	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Desorden de Hgado	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Desorden de Rinon	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Diabetes (antes de los 50 anos)	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Orina la cama (despues de los 10 anos)	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Epilepsia o convulsions	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Abuso de Alcohol	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Consumo de drogas	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedad Mental	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Retraso Mental	Si No Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas Inmunes	Si No Quien: _____	Comentarios: _____

## HISTORIA PASADA

Tiene su nino o tuvo alguna vez:

Varicela	Si No Explique: _____
Infecciones de oido frecuentes	Si No Explique: _____
Problemas con oidos o audienca	Si No Explique: _____
Alergias Nasales	Si No Explique: _____
Problemas con ojos o vision	Si No Explique: _____
Asma, bronquitis o pulmonia	Si No Explique: _____
Cualquier problema del corazon o soplo del corazon	Si No Explique: _____
Anemea o problemas de sangrado	Si No Explique: _____
Transfucion de sangre	Si No Explique: _____
Frecuente dolor abdominal	Si No Explique: _____
Estrenimiento que requiere visitas al doctor	Si No Explique: _____
Infecciones de Rinon o vejiga	Si No Explique: _____
orina la cama ( despues de los 5 anos ) (Para senoritas) ha comenzado ella su periodo menstrual?	Si No Explique: _____
Problema en la piel (acne, eczema, etc.)	Si No Explique: _____
Dolores de cabeza frecuentes	Si No Explique: _____
Convulsiones o otro problema neurologico	Si No Explique: _____
Diabetes	Si No Explique: _____
Tiroides o otro problema endocrino	Si No Explique: _____
Cualquier otro problema significativo	Si No Explique: _____
Uso de alcohol o drogas?	Si No Explique: _____

## Exposiciones

- ¿Su hijo está expuesto al humo del cigarrillo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo está expuesto a la tuberculosis?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene contacto con mascotas u otros animales?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Alguno de los padres está abusando de sustancias?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo ha sido abusado físicamente?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez su hijo ha sufrido de negligencia física?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo ha estado expuesto al contacto sexual sin consentimiento?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_

Complete a continuación SOLO si el niño tiene 6 años o menos

## Cuestionario de plomo

- ¿El niño vive o pasa tiempo con frecuencia en una casa construida antes de 1960 que tiene pintura descascarada o astillada?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Vive el niño en una casa construida antes de 1960 que está siendo o será renovada?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿El niño o su compañero de juegos ha tenido envenenamiento por plomo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿El niño entra en contacto frecuente con un adulto que trabaja con plomo, como la construcción, la soldadura, la cerámica u otros tipos de oficios?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Vive el niño cerca de una fundición de plomo, una planta de reciclaje de baterías u otra industria de plomo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿El niño recibe algún remedio casero que pueda contener plomo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿Vive el niño cerca de una carretera concurrida donde el suelo y el polvo pueden estar contaminados con plomo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_
- ¿La plomería de su casa tenía tuberías de plomo o cobre con juntas de plomo?  Sí  No se explica: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Firma de padres/tutores: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_