

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: _____