



Cuestionario Inicial

Nombre _____

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

LA FORMA HA SIDO COMPLETADA POR _____ FECHA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
M F

La Familia

Favor de nombrar todos los que viven en la casa con el niño (a)

¿Hay otros hermanos o hermanas que no estén en la lista? Si es así, favor de añadir sus nombres, edades y donde viven. _____

Nombre	Relación al Paciente	Fecha De Nacimiento	Problemas de Salud

Escoja una de las siguientes opciones si el niño/a no vive con sus padres biológicos.

- Vive con padres adoptivos
- Custodia compartida
- Custodia única
- Familia adoptiva

¿Si uno o ambos padres no viven en la casa, cada cuanto el niño o niña ve a su padre/madre que no vive en la casa?

Historial de Nacimiento ■ No sé el historial de nacimiento

Peso al nacer _____ ¿Cuanto duró su embarazo? _____ o _____ semanas
¿Hubo complicaciones prenatales o neonatales?

El parto fue? Vaginal Cesárea - Explique porqué? _____

Si No Explique _____

¿Fue necesario que se quedara en (NICU) Unidad de Cuidados Intensivos?

La alimentación inicial fue Fórmula Leche materna

Neonatales (UCIN) Si No Explique _____

¿Cuanto tiempo le dió leche materna? _____

Durante el embarazo la mamá usó:

¿Su bebé se fue a casa con la madre del hospital?

Tabaco Si No Tomó alcohol Si No

Si No Explique _____

Drogas o Medicamentos Si No Vitaminas prenatales

Cuál _____ Cuando _____

General NS = No sé

¿Considera que su hijo/a tiene buena salud? Si No NS Explique _____

¿Su hijo o hija tiene una enfermedad o condición médica? Si No NS Explique _____

¿Se le ha practicado alguna cirugía a su hijo/a? Si No NS Explique _____

¿Su hijo o hija ha sido hospitalizado? Si No NS Explique _____

¿Su hijo o hija es alérgico a medicina o drogas? Si No NS Explique _____

¿Usted siente que su familia tiene suficiente de comer? Si No NS Explique _____

Historial de la Familia Biológica NS = No sé

¿Ha tenido algún miembro de la familia las siguientes?

Pérdida de audición durante su infancia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Enfermedad del corazón (antes de la edad de 55)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Colesterol alto/toma medicamento para el colesterol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Caries en los dientes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____
Cáncer (antes de la edad de 55)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quien _____	Comentario _____



Cuestionario Inicial

Nombre _____

Historial de la Familia Biológica

(Continuación del lado del frente) NS = No sé

Enfermedad del Hígado	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Enfermedad de los riñones	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Diabetes (después de la edad de 55 años)	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Mojo/orina la cama (después de la edad de 10 años)	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Obesidad	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Epilepsia o convulsiones	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Abuso del alcohol	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Abuso de las drogas	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Enfermedad mental/depresión	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Discapacidad del desarrollo	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Problemas inmunes VIH o SIDA	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Uso de tabaco	___ Si ___ No ___ NS	Quien _____	Comentario _____
Historial médica adicional	_____		

Historial del pasado

NS = No sé

Su hijo o hija tiene o ha tenido alguna vez, Varicela	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Infecciones frecuentes del oído	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Alergias nasales	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Problema con los ojos o la visión	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Cualquier problema del corazón o soplo cardíaco	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
VIH	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Trasplante de órganos	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Malignidad/trasplante de médula ósea	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Quimioterapia	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Dolor abdominal frecuente	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Estreñimiento requiriendo visitas al médico	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Infecciones y problemas urinarias recurrentes	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Cataratas congénitas/Trastornos genéticos	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Cáncer	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Enfermedad de los riñones o malformaciones urológicas	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Orinar en la cama (después de los 5 años)	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Problema para dormir; ronquidos	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Crónicos o problemas de la piel (acné, eczema)	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Convulsiones u otros problemas neurológicos	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Obesidad	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Diabetes	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Problema de tiroides o endocrinos	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Presión sanguínea alta	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Historia de lesiones serias/fracturas/conmociones cerebrales	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Uso de alcohol o drogas	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Uso de tabaco	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
TDAH/ansiedad/problemas del humor/depresión	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Caries en los dientes	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Historia de violencia en la familia	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Infecciones de transmisión sexual	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Embarazo	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
(Para niñas) Problemas con su periodo	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Ha tenido su primer periodo	___ Si ___ No ___ NS	Explique _____
Cualquier otro problema significativo	_____	