

Nombre: _____

Número de Archivo: _____

Fecha: _____

Cuestionario sobre el paciente:

Si ambos padres en la familia trabajan fuera del hogar, cuales son los arreglos del cuidado para el niño? _____

A. Embarazo y nacimiento:

1. Edad de la madre durante el parto. _____
2. Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? Sí o No
3. Tomo algunos medicamentos aparte del hierro y vitaminas? Sí o No
4. Nació prematuro él bebe? Sí o No
5. Cuánto fue el peso de nacimiento? _____
6. Tuvo problemas el bebe cuando empezó a respirar? Sí o No
7. Tuvo problemas el bebe mientras estuvo en el hospital? (ictericia, infecciones, otro) Sí o No

B. Historia medica del pasado:

1. A donde a ido su hijo para chequeos en el presente? _____
2. Fecha del ultimo chequeo físico? _____
3. Fecha del ultimo chequeo dental? _____
4. A tenido su hijo reacciones alérgicas a cualquier medicamento, comida, o picaduras de insectos? _____
5. A tenido su hijo reacción a las vacunas? Sí o No
6. A estado su hijo hospitalizado? Sí o No
7. A tenido su hijo graves lesiones? Sí o No
8. Tomas u hijo medicamentos regularmente? Sí o No

C. Historia Familiar

1. Los padres del niño están en buena salud? Sí o No
2. Circule cualquier enfermedad que los padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos, tías del niño/niña haya tenido: Anemia, asma, alergias, diabetes, presión alta, problemas del corazón, enfermedad por herencia, enfermedad venerea, cáncer, sida, otra.
3. Liste las edades, sexo y salud general de los hermanos y hermanas del niño. _____
4. Alguno de sus hijos a ha muerto? Sí o No

D. Nutricion y Alimento:

1. El apetito de su hijos es usualmente bueno? cuando montado en el carro? Sí o No
2. Tiene buen apetito ahora? _____

3. Tuvo cólicos severos o problemas alimenticios durante los primeros tres meses? Sí o No
4. En los primeros seis meses su bebe se alimenta del pecho o de la botella. _____
5. Si aun en la formula cual es la que usted usa? _____
6. Su hijo toma vitaminas? Sí o No

E. Repaso de sistemas:

1. Circule cuálquiera de los problemas que aya tenido su hijo: infección de oído frecuente, problemas con la vista, problemas dentales, resfrió o dolor de garganta frecuente, asma, pulmonía, tos recurrente, murmullo del corazón, problemas del corazón, problemas orinando, diarrea, estreñimiento, convulsiones, problemas con el sistema nervioso, eczema, urticaria, problemas con la piel, anemia, o otros problemas médicos? _____

F. Desarrolló / Conducta

1. Que edad tenia su hijo / a cuando se sentó solo / a (sin ayuda)? _____
2. Que edad tenia su hijo / a cuando empezó a caminar solo (sin ayuda)? _____
3. Su hijo / a decía algunas palabras a la edad de ano y medio? Sí o No
4. Cómo se compara su hijo / a con niños de sue edad? _____
5. Él / ella tiene problemas para dormir? Sí o No
6. En que ano esta en la escuela? _____
7. El / ella a tenido problemas o dificultades en la escuela? Sí o No
8. Se lleva bien con los demás? Sí o No
9. Circule si su hijo / a tenido lo siguiente: morderse la unas, chuparse el dedo, se orina en la cama, problemas con enseñarle a ir al baño, mal temperamento, pesadillas, problemas con el habla, problemas con la disciplina.

G. Seguridad / medio Ambiente

1. Sabe usted cual es la temperatura más caliente en su tubería? Sí o No
2. Hay detectors de humo en cada piso de su casa? Sí o No
3. Su hijo / a usa el sinto/ silla de seguridad
4. Hay fumadores en el hogar? Sí o No
5. Hay problemas con la condición de su casa? (insectos, ratas, ratones, o pintura descascarada) Sí o No

H. Vacunas

1. Tiene usted un registro de vacunas? Sí o No
2. Su hijo/a esta al dia con sus vacunas? Sí o No