

CUESTIONARIO DE SALUD PEDIÁTRICA

Apellido del Niño(a):	Nombre del Niño(a):
Fecha de Nacimiento:	Numero de Telefono:

El proposito de este cuestionario es para recolectar informacion medica y social sobre su hijo(a) que nos ayudara a proveer el mayor cuidado posible. Favor de responder lo mas complete que pueda.

HISTORIAL FAMILIAR (favor de incluir a familiares cercanos que hayan fallecido)

Edad: Problemas de salud:

Nombre del Padre:			
Nombre de la Madre:			
1. Hermano(a):			
2. Hermano(a):			
3. Hermano(a):			

Ocupación del Padre: _____ Ocupación de la Madre: _____
 La madre vive en la misma residencia que el niño(a)? SI NO Esta el niño(a) en la guarderia regularmente? SI NO
 El padre vive en la misma residencia que el niño(a)? SI NO Esta el niño(a) con la niñera(o) regularmente? SI NO
 Otras personas que viven con la familia: _____

A tenido el niño(a) o algun otro familiar alguna de las siguientes condciones medicas? (si es asi, escriba quien)

Diabetes	Retraso Mental	Problemas con drogas
Asma	Deformidad congenital	Enfermedad Mental
Alergias	Leucemia	Otro:
Tuberculosis	Cancer	a.)
Problemas con los riñones	Epilepsia	b.)
Artritis	Problemas cardiacos	c.)
Alta presión	Problemas alcoholicos	d.)

EMBARAZO E HISTORIAL DE NACIMIENTO

Nombre y ubicación del obstetra u otro proveedor de cuidado durante embarazo: _____

Edad de la madre durante el embarazo: _____

La madre tuvo alguno de los siguientes problemas durante el embarazo? Si es asi, marque si:

Problema:	SI:	NO:	De ser asi, explique	Problem:	NO	SI	De ser asi, explique
Infecion				Vomito severo			
Sangrado				Diabetes			
Alta presión				Otro			

La madre tomo algun otro medicamento que no sea hierro o vitaminas? Si es asi, liste el medicamento:

Tuvo cualquiera de las siguietes complicaciones?

Complicacion	NO	SI	De ser asi, explique	Complicacion	NO	SI	De ser asi, explique
Colocacion fetal anormal				Cesarea			
Parto inducido				Otro			

El niño(a) nació: A tiempo? _____ Peso del niño (a)? _____
 Tarde? _____ Cuántas semanas? _____
 Temprano? _____ Cuántas semanas? _____

El niño(a) tuvo problemas en el sala de parto o cunero ?

Complicación:	SI	NO	Complicación:	SI	NO
Problemas para respirar			Ictericia		
Necesito oxígeno			Complicación para alimentar		
Infecciones			Otro		

El niño(a) fue al hogar al mismo tiempo que la mamá? SI NO

Historial Médico Estado general de salud del niño(a): Bueno Normal Malo

Admisión al hospital, cirugías por favor liste:

Hospital:	Fecha:	Razón:

Por favor liste accidentes o huesos rotos: _____

Pruebas de la piel (recientes fechas): _____

Tuberculosis _____

Usted siente que su hijo(a) se desarrolla normal en comparación de otros niños? SI NO

Si no es así, explique.

Ha tenido su hijo algún problema grave o persistente con alguno de los siguientes? De ser así, explique.

Problema:	SI	NO	De ser así, explique	Problema:	SI	NO	De ser así, explique
Piel				Problemas de aprendizaje			
Problemas con la vista				Problemas escuchar/ oídos			
Habla				Comportamiento			
Dientes				Infecciones urinarias			
Alimentación				Moja la cama			
Problema intestinal				Durmiendo			
Sobrepeso				Otro			

SI NO

Ha tenido el niño(a) reacciones adversas a los medicamentos? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles? _____

Su hijo (a) toma medicamentos o tratamientos con regularidad? En caso afirmativo, cuáles? _____

Su hijo(a) usa un asiento aprobado cuando está en el auto?

Están todos los venenos o medicamentos fuera del alcance de sus hijos en el hogar?

Sabe qué hacer en caso de envenenamiento accidental?

Tiene cuidado al cocinar o manejar alimentos calientes cuando los niños están en la cocina?

Cuándo visitó la última vez al dentista? _____

Yo represento todas y cada una de las respuestas anteriores para ser verdaderas y completas.

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____