



Cuestionario Inicial		Nombre del Paciente		
		Numero de ID		
Persona que llena el formulario	Fecha	Fecha de Nac.	Edad	M F
Hogar				

Mencione todas las personas que viven en la casa donde vive el niño/a.

Nombre	Parentesco con el niño/a	Fecha de Nacimiento	Problemas de salud

¿Algún hermano/a no mencionado? Si la respuesta es sí, escriba los nombres, edades y lugar donde viven. _____

Si los padres del niño/a no viven juntos o si el niño/a no vive con sus padres, ¿Cuál es el estado de custodia del niño/a? _____

Si uno o ambos de los padres no viven en casa, ¿Conque frecuencia el niño/a ve a su padre/madre/padres que no vive/viven en casa? _____

Historial de Nacimiento

Peso del bebé al nacer _____

El parto fue ¿Vaginal? ¿Cesárea?

¿El bebé nació de tiempo completo? __ Antes? __ Después? __

Si fue cesárea, porqué? _____

Si antes, ¿Cuántas semanas de embarazo? _____

¿Su bebé tuvo algún problema justo después de nacer?

¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con su embarazo?

Si No Explique _____

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre

La primera vez que alimento a su bebé fue:

Fumó Si No Ingerió bebidas alcohólicas Si No

Pecho Formula

Usó drogas o medicamentos Si No

¿El bebé se fue a casa junto con su madre del hospital? Si No Explique _____

¿Cuáles? _____

¿Cuándo? _____

Información General

¿Considera que su hijo/a esta bien de salud?

Si No Explique _____

¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o una condición médica?

Si No Explique _____

¿Su hijo/a ha tenido heridas graves o accidentes?

Si No Explique _____

¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía?

Si No Explique _____

¿Su hijo/a ha estado hospitalizado?

Si No Explique _____

¿Su hijo/a es alérgico a medicinas, alimentos, etc.?

Si No Explique _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____



Greater Elgin Family Care Center

Desarrollo

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo/a? Si No Explique _____

¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo/a? Si No Explique _____

¿La preocupa la capacidad de concentración de su hijo/a? Si No Explique _____

Si su hijo/a ésta en la escuela:

¿Cómo es su comportamiento en la escuela? _____

¿Ha reprobado o repetido algún grado en la escuela? _____

¿Cómo es su aprovechamiento académico? _____

¿Su hijo/a ésta en programas o clases especiales? _____

Historial Médico

Su hijo/a tiene o ha tenido:

Varicela Si No Explique _____

Infecciones de oído frecuentes Si No Explique _____

Problemas con los oídos o problemas de audición Si No Explique _____

Alergias Nasales Si No Explique _____

Problemas con los ojos o problemas de visión Si No Explique _____

Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía Si No Explique _____

Problemas del corazón o soplo en el corazón Si No Explique _____

Anemia o problemas de sangrado Si No Explique _____

Transfusiones de sangre Si No Explique _____

Dolores abdominales frecuentes Si No Explique _____

Estreñimiento que haya requerido ver al doctor Si No Explique _____

Infecciones de la vejiga o riñones Si No Explique _____

Se orina en la cama (después de los 5 años) Si No Explique _____

(Niñas) Han comenzado sus períodos menstruales Si No Explique _____

(Niñas) Hay problemas con su período Si No Explique _____

Algún problema crónico o recurrente de la piel (acne, eczema, etc.) Si No Explique _____

Dolores de cabeza frecuentes Si No Explique _____

Convulsiones u otros problemas neurológicos Si No Explique _____

Diabetes Si No Explique _____

Tiroides o problemas endocrinales Si No Explique _____

Algún otro problema significante Si No Explique _____

Usa alcohol, tabaco o drogas Si No Explique _____

Para uso de la oficina solamente:

Patient Name: _____ DOB: _____ MRN: _____



Historial Familiar

Alguien de su familia ha tenido problemas de:

- Sordera Si No Quien _____ Comentarios _____
- Alergias Nasales Si No Quien _____ Comentarios _____
- Asma Si No Quien _____ Comentarios _____
- Tuberculosis Si No Quien _____ Comentarios _____
- Enfermedad del corazón (antes de los 50 años) Si No Quien _____ Comentarios _____
- Alta presión (antes de los 50 años) Si No Quien _____ Comentarios _____
- Colesterol Alto Si No Quien _____ Comentarios _____
- Anemia Si No Quien _____ Comentarios _____
- Problemas de sangrado Si No Quien _____ Comentarios _____
- Enfermedad del hígado Si No Quien _____ Comentarios _____
- Enfermedad del riñón Si No Quien _____ Comentarios _____
- Diabetes (antes de los 50 años) Si No Quien _____ Comentarios _____
- Orinarse en la cama (después de los 10 años) Si No Quien _____ Comentarios _____
- Epilepsia o convulsiones Si No Quien _____ Comentarios _____
- Abuso de alcohol Si No Quien _____ Comentarios _____
- Abuso de drogas Si No Quien _____ Comentarios _____
- Enfermedades mentales Si No Quien _____ Comentarios _____
- Retraso mental Si No Quien _____ Comentarios _____
- Problemas de inmunodeficiencia, VIH o SIDA Si No Quien _____ Comentarios _____

Historial familiar adicional _____

Para uso de la oficina solamente:		
Patient Name: _____	DOB: _____	MRN: _____
Rev. 2.2016		