



DTF806

Name: _____
MR#: _____ Finance: _____
DOB: _____
MD: _____

Cuestionario para el nuevo paciente de la Clínica de Pulmonología Pediátrica

Nombre del Paciente:		Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:	M	F
Nombre del padre del paciente:			Nombre de la madre:		
Nombre del tutor legal:					
EMBARAZO/ NACIMIENTO (DESCRIBA SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE)					
¿Cuánto pesó el bebé al nacer?					
¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando el bebé nació?					
¿Fue el parto por cesárea o vaginal? <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> vaginal					
¿Tuvo problemas durante las contracciones o en el parto? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
¿Algún problema durante su estancia en el hospital? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
¿Se quedó el bebé en una unidad especializada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
¿Tuvo problemas durante el embarazo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
¿Tuvo dificultad para alimentar al bebé? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ					
ENFERMEDADES Y OTROS PROBLEMAS:					
HOSPITALIZACIÓN Y ENFERMEDADES GRAVES					
Fecha:	Hospital:	Problemas:			
Fecha:	Hospital:	Problemas:			
Fecha:	Hospital:	Problemas:			
OPERACIONES Y/O ACCIDENTES					
Fecha:	Describa:				
Fecha:	Describa:				
Fecha:	Describa:				
CONDICIONES MÉDICAS CRÓNICAS					
Alguna Condición Médica Crónica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otra:					
MEDICAMENTOS					
Enumere los medicamentos recetados que su hijo(a) toma actualmente; incluya los miligramos, dosis y frecuencia.					
Incluya también los medicamentos sin receta médica. <input type="checkbox"/> MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA					
Nombre:	Dosis :	Frecuencia:			
#1					
#2					
#3					
#4					
#5					
#6					

Continuación

Alergias. Enumere cualquier alergia que tenga a medicamentos o alimentos Ninguna conocida

¿Están las vacunas al corriente Sí No Si no, describa:

HISTORIAL FAMILIAR

Identifique si alguna persona de la familia padece lo siguiente

	Asma o sibilancia	Alergias	Diabetes
	Muerte súbita sin explicación	Fibrosis Quística	Anemia/Enfermedad de la sangre
	SIDS o muerte infantil súbita	Defecto Pulmonar Congénito	Deficiencia Inmunológica
	Pulmonías recurrentes	Presión arterial alta	Cánceres infantiles

Familiares Inmediatos

Familiar	Fecha de nacimiento	Sano	Problemas
Madre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padre		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermano		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermana		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermana		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hermana		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Están el padre, madre y todos los hermanos(as) vivos? Sí No

HISTORIAL SOCIAL

El paciente vive con: Marque todo lo que sea pertinente:

Madre Padre Hermano(s) Hermana(s) Abuelos Otros

Año escolar:

¿Hay fumadores en casa? Ninguno Madre Padre Otros

¿Hay mascotas en casa? Ninguno Perros Gatos Otros

Parentesco de la persona que completó este formulario con el paciente Paciente Padres Tutor Legal

Firma:

Reviewed By:

Date:



DTF806

Name: _____
MR#: _____ Finance: _____
DOB: _____
MD: _____

CUESTIONARIO DE PULMONOLOGÍA PEDIÁTRICA

¿Tiene alguna preocupación en esta visita? Sí No

Si contestó afirmativamente, por favor explique: _____

Revisión de los Sistemas (Marque todo lo que es pertinente)

<p>General: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dificultad para subir de peso <input type="checkbox"/> pérdida reciente de peso <input type="checkbox"/> fiebres frecuentes <input type="checkbox"/> fatiga (cansancio) <input type="checkbox"/> palidez 	<p>Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soplo del corazón <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> eventos que se ha puesto morado <input type="checkbox"/> presión arterial alta <input type="checkbox"/> hinchazón en las manos/pies <input type="checkbox"/> palpitaciones (agitación del corazón, latidos rápidos) <input type="checkbox"/> síncope (desmayos) <input type="checkbox"/> colesterol alto 	<p>Piel: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> salpullido <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> resequedad <input type="checkbox"/> hemangiomas/marcas de nacimiento
<p>Oídos/Nariz/Garganta: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> infecciones frecuentes del oído <input type="checkbox"/> supuración del oído <input type="checkbox"/> llanto débil <input type="checkbox"/> pérdida de audición <input type="checkbox"/> problema de la sinus/ infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> sangrado de la nariz <input type="checkbox"/> catarro de la estación o crónico <input type="checkbox"/> congestión nasal <input type="checkbox"/> estornudos 	<p>Gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tos/ahogo/nausea al comer <input type="checkbox"/> vómito frecuente <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea frecuente /excremento suelto <input type="checkbox"/> frecuente acidez /dolor estomacal <input type="checkbox"/> sangre en el excremento 	<p>Neurológicos: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> problemas del habla <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> problemas en la escuela
<p>Ojos: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lentes/de contacto/cambios de visión <input type="checkbox"/> dolor de ojos <input type="checkbox"/> enrojecimiento en los ojos <input type="checkbox"/> ojos llorosos 	<p>Endocrinológico: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> orinar excesivamente <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> sed excesiva/ hambre <p>Genitourinario: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dolor o ardor al orinar 	<p>Heme/Linfático: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> nódulos linfáticos engrandecidos <input type="checkbox"/> moretones/sangrado
<p>Respiratorios: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sibilancia <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> respiración ruidosa 	<p>Musculo/esqueleto: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dolor muscular <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> trauma reciente /fracturas <input type="checkbox"/> dolor o rigidez en las articulaciones <input type="checkbox"/> hinchazón en las articulaciones /músculos 	<p>Psiquiátrico: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> problemas en la escuela <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> disturbios del sueño

Parentesco de la persona que completó este formulario con el paciente Paciente Padres Tutor Legal

Firma: _____ **Fecha:** _____

Reviewed By: _____ **Date:** _____