

¿Como supiste de nosotros?



Carondelet Medical Group. Be well.

## CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Todas las preguntas incluidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico. Para información adicional, escriba o adjunte documentos al dorso.

<b>Nombre</b> ( <i>apellido, nombre, inicial de segundo nombre</i> ):		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>HISTORIAL MÉDICO PERSONAL</b>				
<b>Medicamentos:</b> realice una lista de sus recetas e incluya medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores. <input type="checkbox"/> <b>No toma medicamentos</b>				
Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia	Nombre del medicamento	Fuerza Frecuencia
<b>Alergias:</b> incluya antibióticos, narcóticos, anestésicos, yodo, IV, colorante, látex, picaduras insectos, picaduras, alimentos <input type="checkbox"/> <b>Sin alergias conocidas</b>				
Nombre	Reacción	Nombre	Reacción	
<b>Especialistas e internaciones</b> <input type="checkbox"/> <b>No hubo internaciones</b>				
<b>Especialistas a los que acude actualmente</b>				
<b>Hospitalización reciente en el último año</b>		<b>Fecha:</b>	<b>Ubicación:</b>	
<b>Cirugías/Procedimientos</b> <input type="checkbox"/> <b>No Cirugías/Procedimientos</b>				
<input type="checkbox"/> Apendicectomía (Apéndice)	Histerectomía <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Stent coronario	<input type="checkbox"/> Vasectomía	<input type="checkbox"/> Procedimiento en las rodillas
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Bypass coronario	<input type="checkbox"/> Procedimiento de próstata	<input type="checkbox"/> Procedimiento de caderas
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar (colecistectomía)	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> Cirugía de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Procedimiento de colon	<input type="checkbox"/> Procedimiento de espalda
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	<input type="checkbox"/> Procedimiento/cirugía de mama	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Procedimiento en los ojos	<input type="checkbox"/> Cirugía en los senos
<input type="checkbox"/> Otras cirugías:				
<b>HISTORIAL Y HáBITOS SOCIALES</b>				
<b>Tabaco (13 años o más)</b>	<b>Estatus como fumador:</b> <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/> Ha fumado en el pasado <input type="checkbox"/> Fuma actualmente todos los días <input type="checkbox"/> Fuma actualmente algunos días <input type="checkbox"/> Fumador crónico de tabaco <input type="checkbox"/> Fumador ocasional de tabaco <input type="checkbox"/> Estatus de fumador de tabaco desconocido _____ Cantidad de años	<b>Tipo de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Describa su uso diario de tabaco:</b> _____ N. ° de paquetes _____ N. ° de cigarrillos _____ N. ° de mascaradas/día	Previos intentos para dejar de fumar: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Hipnosis <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Reemplazo de nicotina
		_____ Edad en la que comenzó	_____ Edad en la que dejó	
<b>Alcohol (13 años o más)</b>	¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si ha contestado sí, ¿qué tipo/cantidad por semana?	
<b>Pasatiempos</b>	Lista de pasatiempos, actividades y deportes:			
<b>Drogas (13 años o más)</b>	¿Ingiere drogas recreativas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo:	Cantidad:	
<b>Escuela</b>	¿El niño acude a una guardería, jardín de infantes o tiene niñera?			
	¿Lugar donde trabaja/asiste a la escuela?			
<b>Sexualidad (13 años o mayor)</b>	¿Es sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso de serlo, ¿utiliza algún método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Alguna vez estuvo embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se siente amenazada en las relaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Firma del Doctor/Clinico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario de historial y admisión pediátrica CMG/CSG, Revisión 5: Actualización: 5/16/2017 11:46 AM



<b>Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del segundo nombre):</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>HISTORIAL Y HÁBITOS SOCIALES</b>					
<b>Personal/Seguridad</b>	Haga una lista de las personas que viven en su casa:				
	Nombre	Fecha de Nacimiento	Ocupación	Mayor nivel de estudios terminados	
¿Tiene su hijo un segundo hogar?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Su hijo usa cinturones de seguridad y cascos para la bicicleta?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS</b>					
Por favor, marque los que ha padecido en los últimos tres meses.					
<b>GENERAL</b>		<b>GASTROINTESTINALES</b>		<b>NEUROLÓGICO</b>	
<input type="checkbox"/> Cambio de peso no deseado	<input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/debilidad/hormigueo del brazo/pierna			
<input type="checkbox"/> Siempre cansado/fatiga	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio/mareos/vértigo			
<input type="checkbox"/> Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Desmayos			
<input type="checkbox"/> Fiebre/transpiración sin explicación	<input type="checkbox"/> Úlcera/acidez estomacal	<input type="checkbox"/> Fuerte dolor de cabeza			
<input type="checkbox"/> Problemas frecuentes para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza			
<b>OJOS/OREJAS/NARIZ/GARGANTA</b>	<input type="checkbox"/> Vómitos/vómitos con sangre	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria/confusión			
<input type="checkbox"/> Cambio en la visión	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Parálisis			
<input type="checkbox"/> Dificultades en la audición	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Ataques/convulsiones			
<input type="checkbox"/> Dolor de orejas	<input type="checkbox"/> Heces negras o con sangre	<b>MUSCULOESQUELÉTICOS</b>			
<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz frecuente	<input type="checkbox"/> Dieta especial	<input type="checkbox"/> Dolor de espaldas			
<input type="checkbox"/> Estornudos	<b>GENITOURINARIAS/GYN</b>		<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar/caídas		
<input type="checkbox"/> Dolor o sangrado en encías	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina		<input type="checkbox"/> Hinchazón de articulaciones/dolor de articulaciones		
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Orinar con frecuencia		<input type="checkbox"/> Hinchazón de articulaciones/dolor de articulaciones		
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<b>ENDOCRINO</b>		<b>PIEL</b>		
<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Sed excesiva		<input type="checkbox"/> Sangrado/moretos anormales		
<input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío		<input type="checkbox"/> Color/cambio de tamaño de lunar		
<input type="checkbox"/> Utiliza anteojos	<b>CARDIOVASCULAR</b>		<input type="checkbox"/> Cambio en cabello/uñas		
<b>RESPIRATORIO</b>		<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho		<input type="checkbox"/> Sarpullido/picor/sequedad	
<input type="checkbox"/> Tos/Dolor al respirar		<input type="checkbox"/> Palpitaciones/pulso irregular		<input type="checkbox"/> Úlcera cutánea	
<input type="checkbox"/> Falta de aire		<input type="checkbox"/> Dolor en la pierna al caminar		<input type="checkbox"/> Acné	
<input type="checkbox"/> Jadeos		<input type="checkbox"/> Hinchazón en piernas o brazos		<b>PSICOSOCIAL</b>	
<input type="checkbox"/> Problemas para conciliar el sueño				<input type="checkbox"/> ¿Se ha sentido triste, depresivo o desesperanzado?	
<input type="checkbox"/> Oxígeno en el hogar				<input type="checkbox"/> ¿Demuestra poco interés o placer para realizar actividades?	
<input type="checkbox"/> Otros síntomas que no se hayan descrito anteriormente:					
<input type="checkbox"/> Por favor, marque aquí si son normales/negativos					

Firma del Doctor/Clinico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



<b>Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del segundo nombre):</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>Fecha:</b>
---	-----------------------------	---------------

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

¿Tiene un padre, hermano o hijo con los siguientes síntomas/enfermedades? Por favor, seleccione a un familiar.

 **Desconocido**    **Adoptado**

	Padre	Madre	Otro: ¿Cuál es el parentesco?		Padre	Madre	Otro: ¿Cuál es el parentesco?
<input type="checkbox"/> Cáncer: de ovario/útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer: Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ¿Otro tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SALUD PEDIÁTRICA****Desarrollo** – ¿Se preocupa por alguno de los siguientes puntos? En caso afirmativo, explique.

Comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hábitos al dormir	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Experiencia escolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Disciplina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Acoso intimidatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otros (explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Salud general de los niños**  Buena  Regular  Mala Explique si marcó Regular o Mala:**Cambios o estrés** ¿Se han producido recientemente cambios o tensiones importantes en la vida del niño?  Sí  No**Vacunas** ¿Lleva un registro de vacunas?  Sí  No

Lugar donde su hijo ha recibido su última vacuna:

**Proveedores/Especialista** Nombre(s) de los proveedores/especialistas a los que acude su hijo:**Solo infantes**

<b>Historial de nacimiento</b>	Peso:	Medida:	Lugar:
<b>Historial del embarazo</b>	Durante el embarazo, la madre:		
	¿ha tenido problemas de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿ha bebido alcohol o fumado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿ha tomado medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿ha consumido alcohol y drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿ha tenido algún problema durante el embarazo o el parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**FARMACIA PREFERIDA**

¿En qué farmacia prefiere retirar sus medicamentos?

<b>Nombre de la farmacia:</b>	
<b>Dirección (o calles que la cruzan en caso de desconocer la dirección exacta)</b>	

Firma del Doctor/Clinico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_