

CUESTIONARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Deberá completarse para niños de 12 años y menos

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de hoy:** _____

Sexo: Masculino Femenino Otro Diestro Zurdo

Idioma que habla: _____ **Idioma de preferencia para la Atención de la Salud:** _____

Pediatra o médico de cabecera: _____ **Médico solicitante:** _____

¿Cuál es su método preferido de aprendizaje?: Demostraciones Instrucciones de lectura
Otro _____

¿Tiene algún obstáculo para el aprendizaje?: Ninguno **Otro:** _____

¿Tiene alguna necesidad cultural o espiritual?: Ninguna **Necesidades culturales:** _____

Necesidades espirituales: Sí No **¿Se siente seguro en casa?:** Sí No

HISTORIA CLÍNICA ANTERIOR:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Anemia			Insuficiencia cardíaca/Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)		
Ansiedad			Latidos cardíacos irregulares		
Asma			Hepatitis/hepatopatía		
Trastorno de la espalda			Hipertensión arterial		
Coágulos sanguíneos/enfermedad sanguínea			Colesterol alto		
Sangre en la orina			Enfermedad renal		
Cáncer			Enfermedad pulmonar		
Colitis o Síndrome del Intestino Irritable (IBS) o enfermedad de Crohn			Estafilococo aureus resistente a la metilina (MRSA)/infección grave		
Tos con sangre			Neuropatía		
Depresión			Hemorragia rectal		
Diabetes			Accidente cerebrovascular		
Enfisema			Articulación inflamada/adolorida		
Epilepsia/Convulsiones			Enfermedad de la tiroides		
Colecistopatía			Úlceras		
Gota			Enfermedades venéreas/ETS		
VIH/SIDA			Enfermedad reumatoide		
Cardiopatía/soplo			Dolor en el pecho		

Otros: _____

¿Alguna reacción a la anestesia? Sí No No sabe

¿ES ALÉRGICO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS?, ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Ninguno

Crustáceos, Yodo, Tinte de radiografías, Huevos, Aves, Plumas, Látex, Níquel del metal

Si es alérgico, ¿cuál es su reacción? _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS Y REACCIONES ADVERSAS Ninguna

Alergia

Reacción

MEDICAMENTOS CON RECETA: Ninguno

MEDICAMENTO

DOSIS

INDICACIONES

MOTIVO/INDICACIÓN

MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS SIN RECETA: Incluya la dosis Ningún medicamento

HOSPITALIZACIONES: No Sí Mencione la condición, el año y el hospital

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: No Sí Mencione la intervención quirúrgica, el año y el hospital:

ÚNICAMENTE PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO:

¿Ya tuvo su primera menstruación? Sí No Edad _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Algún miembro de su familia tuvo alguno de los siguientes problemas?

Sin antecedentes familiares significativos

Antecedentes familiares desconocidos

	Madre	Padre	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Hermanos	Otros
Cáncer (Tipo)						
Diabetes						
Cardiopatía/cirugía						
Accidente cerebrovascular						
Hipertensión arterial						
Pie equino						
Luxación congénita de la cadera						
Epilepsia						
Hepatitis						
Escoliosis						
Enfermedad de la tiroides						
Coágulos sanguíneos/enfermedades sanguíneas						
Hipertermia maligna						
Otras enfermedades						

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

	SÍ	NO		SÍ	NO
Oftalmología:			GENITOURINARIO		
Visión doble			Enfermedad renal		
Visión borrosa			Infecciones de la vejiga		
Usa anteojos/lentes de contacto			Disminución de la orina		
Oído/Nariz/Garganta:			Dolor al orinar		
Carraspera			MUSCULOESQUELÉTICO		
Sangrado nasal			Espina bífida/impedimento de movilidad		
Dificultad al tragar			Distrofia muscular		
Dolor en el oído			Trastorno autoinmune		
Pérdida de la audición			dolor en la espalda		
Cardíaco:			Dolor en las articulaciones		
Problemas cardíacos/soplo			Inflamación de las articulaciones		
Hipertensión arterial			Fracturas_____		
Latidos cardíacos irregulares			PIEL		
Coágulos sanguíneos			Comezón		
Dolor/Presión en el pecho			Sarpullido		
Respiratorio:			Heridas de cicatrización lenta		
Asma					

Neumonía		
Virus sincial respiratorio (RSV)		
Falta de respiración		
Jadeos		
Tos		

Gastrointestinal

Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico (GERD)		
Reflujo		
Náuseas		
Vómitos		
Estreñimiento		

Diarrea		
Sangre en las heces		
Ictericia		
Enfermedad hepática		
Dolor abdominal		

ALERGIA

Ronchas		
Síntomas estacionales		
Congestión nasal		
Estornudos		

NEUROLÓGICO

Accidente cerebrovascular/Miniaccidente cerebrovascular		
Epilepsia		
Convulsiones		
Migrañas/Dolores de cabeza		
Parálisis cerebral		

Hidrocefalia/Fijación		
Desmayo		
Entumecimiento/Hormigueo		

SALUD MENTAL

Problemas de conducta		
Déficit de Atención (ADD)/Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD)		
Ansiedad		
Depresión		

HEMATOLÓGICO

Trastornos hemorrágicos		
Anemia		
Propensión a moretones		
Propensión a sangrado		

NUTRICIÓN

Dieta especial		
Pérdida de peso		
Aumento de peso		
Cambio en el apetito		

Leí y respondí estas preguntas a mi leal saber y entender.

Firma del padre (o tutor del menor)

Fecha de hoy _____

Revisado 24/2/14