



Marque en el casillero qué problemas afectaron al niño.

General	Respiratory	Neurological
<input type="checkbox"/> Fiebres	<input type="checkbox"/> Respiración dificultosa	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Silbidos al respirar	<input type="checkbox"/> Derivación ventrículo peritoneal
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Infección reciente de la vía aérea superior	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Debilidad en las piernas
<input type="checkbox"/> Problemas con anestesia	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Espina bífida
Garganta, nariz y oídos	<input type="checkbox"/> Asma	Musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes	Alergias/sistema inmunitario	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
Dermatología	<input type="checkbox"/> Alergias de temporada	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Alergia al látex y otras	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Urticaria	
Cardiovascular	Gastrointestinal	Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD)
<input type="checkbox"/> Cyanosis	<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo
Endócrino	Genitourinarios	Sistema hemático y linfático
<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Orina excesiva	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Sangrado fácil
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Orina con frecuencia	<input type="checkbox"/> Aparecen moretones con facilidad
<input type="checkbox"/> Problemas del crecimiento	<input type="checkbox"/> Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Se orina durante el día	<input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica
Genética	<input type="checkbox"/> Gotea orina	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Anomalías cromosómicas	<input type="checkbox"/> Se orina en la cama	Ginecología
<input type="checkbox"/> Síndromes: _____	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Inicio de la menstruación, edad
	<input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales
	<input type="checkbox"/> Chorro de orina anormal	<input type="checkbox"/> Quistes ováricos
	<input type="checkbox"/> Dolor en el flanco	<input type="checkbox"/> Adhesiones labiales
	<input type="checkbox"/> Cálculos (piedras) renales	

Otros: _____

Nada de lo anterior

Alergias: Sí No, ¿Cuáles?: _____

Medicamentos: Sí No, ¿Cuáles?: _____

Vive en casa con: _____ Padres/representante legal; ocupación): _____

Grado escolar: _____ Nacimiento: A término Sí No; Si prematuro, de cuántas semanas: _____

Internaciones previas: _____ Cirugías previas: _____

Antecedentes médicos de la familia: (Sólo de padres, hermanos y abuelos): Diabetes: Sí No _____

Sangrados: Sí No _____ Enfermedad del corazón: Sí No _____

Problemas con la anestesia: Sí No _____ Problemas de los riñones: Sí No _____

Firma del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o representante legal

Practitioner Signature
PCH11904S (Rev. 0 (10/2019))

Practitioner Printed Name

Date

Time

