



Cuestionario para pacientes

Antecedentes del paciente:

Fecha de hoy: _____

¿Cuál es el motivo de su consulta? _____

¿Alergias, incluyendo alergias a drogas? Sí No Cuáles: _____

¿Toma medicamentos? Sí No Cuáles _____

Vive en la casa con _____ Escuela y grado: _____

Antecedentes clínicos:

Antecedentes del nacimiento: A término Sí No Si prematuro, de cuántas semanas: _____

Internaciones Sí No

Por qué y fechas: _____

Cirugías anteriores Sí No

Cuáles y fechas: _____

Antecedentes familiares: (sólo padres, hermanos y abuelos)

Diabetes Sí No _____

Enfermedad del corazón Sí No _____

Hipertensión Sí No _____

Problemas del riñón Sí No _____

Trastornos con sangrados Sí No _____

Problemas anestésicos Sí No _____

Información clínica extra: _____

Ocupación: Padre _____ Madre _____





Cuestionario para pacientes

Marque qué problemas afectaron notablemente al niño.

Generales:		Respiratorios		Neurológicos	
<input type="checkbox"/>	Fiebres	<input type="checkbox"/>	Falta de aire al respirar	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<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	Músculos y huesos	
<input type="checkbox"/>	Infecciones de oído frecuentes	Alergias, sistema inmunitario		<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	Resfríos frecuentes	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular
<input type="checkbox"/>	Sangrado de la nariz	<input type="checkbox"/>	Mayor susceptibilidad a la infección	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular
<input type="checkbox"/>	Ronquidos	<input type="checkbox"/>	Alergias de temporada	Psiquiátrico	
Dermatología		<input type="checkbox"/>	Alergia al látex y otras	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Roncha o sarpullido	Gastrointestinal		<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD)
<input type="checkbox"/>	Eccema	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Autismo
Cardiovascular		<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Trastorno del espectro autista
<input type="checkbox"/>	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/>	Retraso del desarrollo
<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	Sistema hemático y linfático	
<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	Ginecología		<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>	Dolor o ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Moretones espontáneos
Endocrino		<input type="checkbox"/>	Orina con frecuencia	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica
<input type="checkbox"/>	Orina excesiva	<input type="checkbox"/>	Se orina durante el día	<input type="checkbox"/>	Hemofilia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	Gotea orina	Ginecología	
<input type="checkbox"/>	Problemas del crecimiento	<input type="checkbox"/>	Se orina en la cama	<input type="checkbox"/>	Inicio de la menstruación, edad _____
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales
Genética		<input type="checkbox"/>	Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	Quistes ováricos
<input type="checkbox"/>	Anomalías cromosómicas	<input type="checkbox"/>	Chorro de orina anormal	<input type="checkbox"/>	Adhesiones labiales
<input type="checkbox"/>	Síndromes: _____	<input type="checkbox"/>	Dolor en el flanco		
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Cálculos (piedras) renales		

Información clínica extra: _____

 Firma del paciente o representante legal

 Relación con el paciente

 Nombre en imprenta del paciente o representante legal

 Fecha y hora

 Practitioner Signature

 Date & Time

 Practitioner Printed Name

