



Médico que lo deriva :

- Médico: _____ Sitio de internet _____
 Sala de emergencias: _____ Otro: _____
 Centro de urgencias: _____

¿Cuándo comenzó el problema?

Desde que comenzó, el problema... ¿mejoró? ¿empeoró? ¿no cambió?

EXPLIQUE

¿Le trataron este problema antes? No Sí ¿Cómo? _____
 ¿Quién lo trató? _____

¿Algún familiar tiene este problema? No Sí ¿Quién lo tiene? _____

Enfermedades en el pasado:

- ¿Enfermedades importantes? No Sí _____
Otras operaciones: No Sí _____
Medicamentos: No Sí _____
¿Alergias a medicamentos? No Sí _____

Embarazo de la madre y parto

Madre: ¿cuántos embarazos? _____ ¿cuántos hijos? _____ El paciente es el hijo nro. _____
Peso al nacer _____ lbs _____ Oz Semanas de gestación _____
¿Prematuro? No Sí ¿Problemas? No Sí _____
¿Presentación en parto? No Sí ¿Cesárea? No Sí ¿Por qué? _____

Antecedentes Sociales: Escuela: _____ Grado: _____

Desarrollo: el niño: se sentó a los... _____ caminó a los: _____ habló a los: _____

Revisión de afecciones

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| General (fiebre, pérdida de peso inexplicable, masas) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Ojos (visión borrosa) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Garganta, nariz y oídos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Aparato cardiovascular (dolor de pecho, falta de aire) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Aparato respiratorio (asma, tos) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Sistema nervioso (falta de sensibilidad, hormigueo en miembros) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Aparato digestivo (dolor abdominal, náusea) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Aparato genitourinario (menstruación irregular, trastornos urinarios) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Hematología, linfático (anemia, alteraciones de la sangre,) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Sistema endocrino (diabetes, tiroides) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Psiquiatría (depresión, ansiedad) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Alergia, inmunidad (eczema, urticaria, infecciones recurrentes) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |
| Músculoesquelético | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí * |

*Cuando conteste 'sí', explique con más detalle aquí:

Firma y nombre en imprenta de quien completa el cuestionario Fecha Relación con el paciente

Practitioner Signature Printed Name Date & Time

