



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

