

COMPLETE ESTOS DOCUMENTOS ANTES DE LA CITA

Marque qué problemas afectaron notablemente al niño.

Constitucional

- Aumento de peso reciente
_____ (cantidad)
- Pérdida de peso reciente
_____ (cantidad)
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre

Ojos

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de la visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Sensación de tener algo en el ojo
- Picazón en los ojos

Garganta, nariz y oídos; boca

- Pérdida de la audición
- Sangrado nasal
- Pérdida del olfato
- Nariz seca
- Goteo nasal
- Sangrado en las encías
- Llagas en la boca
- Boca seca
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Presión sanguínea alta

Respiratorio

- Falta de aire al respirar
- Tos
- Tos con sangre
- Sibilancias (asma)

Gastrointestinal

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor de estómago
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en la materia fecal
- Acidez estomacal

Genitourinario

- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Úlceras en las partes privadas

Solo para mujeres:

¿El período menstrual es regular?

- Sí No

¿Cuál fue la última fecha del período?

____/____/____

Sistema tegumentario (piel)

- Moretones frecuentes
- Sarpullido _____
- Sensibilidad a luz solar (alergia al sol)
- Tensión
- Caída del cabello
- Cambio de color en pies o manos a causa del frío

Neurología

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Adormecimiento u hormigueo en las manos
- Adormecimiento u hormigueo en los pies
- Pérdida de la memoria
- Sudores nocturnos

Alergias/sistema inmunitario

- Estornudos frecuentes
- Urticaria

Problemas en la sangre y linfáticos

- Glándulas hinchadas

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Se enoja fácilmente
- Depresión
- Dificultad para dormirse
- Dificultad para quedarse dormido

Endócrino

- Sed excesiva
- Orina excesiva

Musculoesquelético

- Rigidez por la mañana, ¿cuánto dura?
_____ Minutos _____ Horas
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones

Escriba qué articulaciones se afectaron en los últimos 6 meses.





ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene el niño o tuvo alguna vez lo siguiente? Marque lo que corresponda.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Fiebre del valle | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades importantes | | |

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Quién vive con el paciente? _____

¿El paciente usa tabaco? Sí No ¿Alcohol? Sí No

¿Usa usted algún medicamento por motivos que no son médicos? Sí No

En caso afirmativo, describir _____

¿Hace actividad física con Sí No Horas por semana: _____

Tipo de actividad: _____

Grado escolar _____ Grados _____

Cantidad de días perdidos en la escuela debido a la enfermedad reumática _____

VIAJES durante el último año: _____

Tomografías por emisión de positrones: _____

VACUNAS: Varicela (cuándo) _____

Al día Vacuna contra la varicela

Fecha de la última _____

Cirugías

Tipo y año

Tipo y año

1.	3.
2.	4.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

FAMILIAR VIVO

FAMILIAR MUERTO

	Edad	Problemas de salud	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				

Cantidad de hermanas _____ Cantidad de hermanos _____ Cantidad de fallecidos _____

Problemas de salud de hermanos y hermanas _____

Antecedentes familiares:

¿Sabe si algún familiar consanguíneo tiene o tuvo las siguientes enfermedades? (Marque las opciones que corresponda e indique el parentesco).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psoriasis _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Lupus _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome febril _____ | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartritis anquilosante _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis juvenil _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia _____ | |

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Practitioner Signature

Date

Time

Practitioner Printed Name