|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Southern Dominion Health System  **CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA NIÑOS** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Todas las preguntas incluidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Nombre** *(apellido, nombre e inicial del segundo nombre):* | | | | | | □ M  □ F | | **Fecha de nacimiento:** | | |
| **Médico anterior o que hizo la derivación:** | | | | | **Fecha de la última consulta de bienestar infantil**  **(si se conoce):** | | | | | |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES** | | | | | | | | | | |
| Nombre del padre/madre: | | | | | | | * Madre | | | * Padre |
| Nombre del padre/madre: | | | | | | | * Madre | | | * Padre |
| Los padres están: | □ casados □ divorciados □ en pareja □ separados | | | | | | | | | |
| ¿Quién es el tutor legal del niño? | | | | Si no es uno de sus padres, ¿qué relación tiene con el niño? | | | | | | |
| ¿Quién más vive con este niño en su casa? | | | |  | | | | | | |
| Nombre | | Relación con el niño | | | | | Edad | | ¿Tiene algún problema de salud? | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
| ¿Tiene el niño hermanos que no vivan en su casa y que no estén nombrados arriba? Si es así, nómbrelos: | |  | | | | | | | | |
| **NACIMIENTO** | | | | | | | | | | |
| Peso al nacer \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Nació a término? □ Sí □ No  Si fue prematuro, ¿cuántas semanas tenía el bebé al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  El parto fue □ vaginal □ por cesárea  ¿Hubo complicaciones durante el parto? □ Sí □ No  Si es así, describa las complicaciones:    La alimentación inicial fue por □ amamantamiento  □ biberón  Si todavía lo está amamantando, ¿su bebé toma vitamina D?  □ Sí □ No | | | | | Durante el embarazo, la madre consumió:   * Tabaco * Alcohol * Drogas * Medicamentos recetados o de venta libre Si es así, indique cuáles | | | | | |
| **Indique los medicamentos recetados y de venta libre que toma el niño, como vitaminas e inhaladores** | | | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento | | | Concentración | | | | | Frecuencia | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | |
| **Alergias a medicamentos** | | | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento | | | Reacción que tuvo | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ¿Considera que este niño goza de buena salud? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Tiene este niño enfermedades o condiciones médicas graves? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Tuvo este niño alguna cirugía? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Pasó este niño la noche en un hospital alguna vez? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Tiene este niño todas las vacunas al día? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Atiende a este niño algún especialista? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| Si es así, nómbrelos: | | | |  | | |  | | | |  | |
| ¿Recibió este niño servicios de fisioterapia o terapia del habla? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Recibe o recibió este niño alguna vez servicios de intervención temprana para niños? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Tiene este niño un programa educativo individualizado (IEP) o recibe servicios especiales en la escuela? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Asiste este niño a la escuela? Si es así, ¿dónde? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Hay personas que fumen en su casa? | | | | * Sí | | | * No | | | | * No está seguro | |
| ¿Se identifica este niño como hombre o mujer? | | | | * Hombre | | | * Mujer | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA** | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | |  | | | | |
|  | EDAD | PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES |  | | | EDAD | | PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES | | | | |
| **Padre** |  |  | **Hijos** | | | □ M  □ F | |  | | | | |
| **Madre** |  |  |  | | | □ M  □ F | |  | | | | |
| **Hermanos** | □ M  □ F |  |  | | | □ M  □ F | |  | | | | |
|  | □ M  □ F |  |  | | | □ M  □ F | |  | | | | |
|  | □ M  □ F |  | **Abuela** *materna* | | |  | |  | | | | |
|  | □ M  □ F |  | **Abuelo** *materno* | | |  | |  | | | | |
|  | □ M  □ F |  | **Abuela** *paterna* | | |  | |  | | | | |
|  | □ M  □ F |  | **Abuelo** *paterno* | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **SALUD MENTAL** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay antecedentes familiares de problemas de salud mental? Si es así, descríbalos: | | | | | * Sí | | | | | * No | | |
| ¿Piensa que este niño se siente deprimido? | | | | | * Sí | | | | | * No | | |
| ¿Tiene este niño problemas de alimentación o apetito? | | | | | * Sí | | | | | * No | | |
| ¿Tiene este niño problemas para dormir? | | | | | * Sí | | | | | * No | | |
| ¿Recibió este niño asesoramiento alguna vez? | | | | | * Sí | | | | | * No | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Pida a su hijo que conteste estas dos preguntas si tiene 12 años o más:** | | | | | | | | | | | | |
| En las últimas dos semanas, ¿te has sentido con poco interés o con poco placer por hacer cosas? | | | | | | | | | * Sí | | | * No |
| En las últimas dos semanas, ¿te has sentido decaído, deprimido o desesperanzado? | | | | | | | | | * Sí | | | * No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Tuvo este niño alguno de estos problemas?** | | | | |
|  | | | | |
| * Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) * Consumo de alcohol o drogas * Alergias (estacionales) * Alergias (alimentarias) * Anemia * Ansiedad/Depresión * Asma * Mojar la cama * Problemas de conducta * Trastornos sanguíneos (como anemia falciforme) * Cáncer * Estreñimiento * Retrasos en el desarrollo * Diabetes (insulinodependiente) * Diabetes (no insulinodependiente) * Otitis (frecuente) * Reflujo gastroesofágico (GERD) | | * Problemas genéticos/metabólicos * Problemas cardíacos * Dolores de cabeza * Antecedentes de abusos o violencia familiar * Enfermedad de los riñones * Problemas de aprendizaje * Enfermedad del hígado * Problemas con los ciclos menstruales * Edad en la que tuvo su primer ciclo menstrual (si corresponde) * Epilepsia * Problemas de la piel (eczema, abscesos frecuentes, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, MRSA]) * Problemas para dormir, como ronquidos o apnea * Consumo de tabaco * Enfermedad de la tiroides * Infecciones urinarias * Ansiedad/Depresión   Otros problemas que no están en la lista: | | |
|  | | | | |
| Más información | | | | |
|  | | | | |
| ¿Asiste este niño a una guardería? □ Sí □ No | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ¿Trabaja el padre, madre o tutor de este niño actualmente? □ Sí □ No | | | | |
|  | | | | |
| Si es así, especifique: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ¿Hay otras preocupaciones específicas que quisiera tratar hoy con su proveedor? | | | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Nombre del padre, madre o tutor | | |  | |
|  | | |  | |
| Firma del padre, madre o tutor: | | | Fecha: | |
|  | | |  | |
| Revisado por: | | | Fecha: | |