|  |
| --- |
| 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 □ NoSi es así, describa las complicaciones:  La alimentación inicial fue por □ amamantamiento □ biberónSi 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 libreSi 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:  |