

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.

<b>Nombre</b> ( <i>apellido, nombre e inicial del segundo nombre</i> ):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de nacimiento:</b>
---	--	-----------------------------

<b>Médico anterior o que hizo la derivación:</b>	<b>Fecha de la última consulta de bienestar infantil (si se conoce):</b>
--	--

**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, nómbralos:

**NACIMIENTO**

Peso al nacer _____ ¿Nació a término? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si fue prematuro, ¿cuántas semanas tenía el bebé al nacer? _____  El parto fue <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> por cesárea ¿Hubo complicaciones durante el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si es así, describa las complicaciones: _____ _____  La alimentación inicial fue por <input type="checkbox"/> amamantamiento <input type="checkbox"/> biberón Si todavía lo está amamantando, ¿su bebé toma vitamina D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Durante el embarazo, la madre consumió:  <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene este niño enfermedades o condiciones médicas graves?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tuvo este niño alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Pasó este niño la noche en un hospital alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene este niño todas las vacunas al día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Atiende a este niño algún especialista?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
Si es así, nómbralos:			
¿Recibió este niño servicios de fisioterapia o terapia del habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Recibe o recibió este niño alguna vez servicios de intervención temprana para niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Tiene este niño un programa educativo individualizado (IEP) o recibe servicios especiales en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Asiste este niño a la escuela? Si es así, ¿dónde? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Hay personas que fumen en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No está seguro
¿Se identifica este niño como hombre o mujer?	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	

## ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

	EDAD	PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES		EDAD	PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES
<b>Padre</b>			<b>Hijos</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Madre</b>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Hermanos</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Abuela materna</b>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Abuelo materno</b>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Abuela paterna</b>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Abuelo paterno</b>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

## SALUD MENTAL

¿Hay antecedentes familiares de problemas de salud mental? Si es así, descríbalos:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Piensa que este niño se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño problemas de alimentación o apetito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene este niño problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibió este niño asesoramiento alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En las últimas dos semanas, ¿te has sentido decaído, deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**¿Tuvo este niño alguno de estos problemas?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) | <input type="checkbox"/> Problemas genéticos/metabólicos   |
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas                                 | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos   |
| <input type="checkbox"/> Alergias (estacionales)                                     | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   |
| <input type="checkbox"/> Alergias (alimentarias)                                     | <input type="checkbox"/> Antecedentes de abusos o violencia familiar   |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión  | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje  |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado   |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama   | <input type="checkbox"/> Problemas con los ciclos menstruales  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta                                       | <input type="checkbox"/> Edad en la que tuvo su primer ciclo menstrual (si corresponde) _____  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos (como anemia falciforme)              | <input type="checkbox"/> Epilepsia   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eczema, abscesos frecuentes, <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina, MRSA) |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento   | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir, como ronquidos o apnea   |
| <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo                                   | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinodependiente)                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (no insulinodependiente)                           | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias   |
| <input type="checkbox"/> Otitis (frecuente)  | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GERD)                              | 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: \_\_\_\_\_