

Gracias por venir.

Para atender mejor al niño, responda estas preguntas antes de la consulta.

Firma de quien completa el cuestionario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo principal de la consulta de hoy? \_\_\_\_\_

**¿Alguno de estos problemas interfirió con la actividad diaria del niño? Marque lo que corresponda:**

- |                                |                                               |                                              |                                                   |                                          |                                           |                                         |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Constitucional</b>          | <input type="checkbox"/> pérdida de peso      | <input type="checkbox"/> aumento de peso     | <input type="checkbox"/> fiebre                   | <input type="checkbox"/> enfermedad      | <input type="checkbox"/> muy cansado      | <input type="checkbox"/> sueño alterado |
| <b>Endocrino</b>               | <input type="checkbox"/> mucha sed            | <input type="checkbox"/> orina mucho         | <input type="checkbox"/> mucha hambre             | <input type="checkbox"/> muy cansado     | <input type="checkbox"/> mucho calor      |                                         |
|                                | <input type="checkbox"/> tiene frío           | <input type="checkbox"/> huele raro          | <input type="checkbox"/> período antes de los 9   |                                          |                                           |                                         |
| <b>Dermatológico</b>           | <input type="checkbox"/> ronchas              | <input type="checkbox"/> caída del pelo      | <input type="checkbox"/> cambio del color de piel | <input type="checkbox"/> estrías         |                                           |                                         |
| <b>Garganta, nariz y oídos</b> | <input type="checkbox"/> dolor de garganta    | <input type="checkbox"/> secreción nasal     | <input type="checkbox"/> oye menos                |                                          |                                           |                                         |
| <b>Visión</b>                  | <input type="checkbox"/> problemas en el ojo  | <input type="checkbox"/> problema de visión  |                                                   |                                          |                                           |                                         |
| <b>Respiratorio</b>            | <input type="checkbox"/> tos                  | <input type="checkbox"/> falta del aire      | <input type="checkbox"/> ronca                    |                                          |                                           |                                         |
| <b>Cardiovascular</b>          | <input type="checkbox"/> palpitaciones        | <input type="checkbox"/> dolor en el pecho   |                                                   |                                          |                                           |                                         |
| <b>Gastrointestinal</b>        | <input type="checkbox"/> diarrea              | <input type="checkbox"/> constipación        | <input type="checkbox"/> vómitos                  | <input type="checkbox"/> dolor abdominal | <input type="checkbox"/> acidez           | <input type="checkbox"/> ictericia      |
| <b>Sistema nervioso</b>        | <input type="checkbox"/> cefalea frecuente    | <input type="checkbox"/> convulsión          |                                                   |                                          |                                           |                                         |
| <b>Psiquiátrico</b>            | <input type="checkbox"/> ansiedad             | <input type="checkbox"/> depresión           | <input type="checkbox"/> cambio de conducta       | <input type="checkbox"/> hiperactivo     | <input type="checkbox"/> se distrae fácil |                                         |
| <b>Aparato génitourinario</b>  | <input type="checkbox"/> orina frecuentemente | <input type="checkbox"/> se orina en la cama | <input type="checkbox"/> duele al orinar          |                                          |                                           |                                         |
| <b>Musculoesquelético</b>      | <input type="checkbox"/> dolor muscular       | <input type="checkbox"/> dolor articular     | <input type="checkbox"/> dolor espalda            |                                          |                                           |                                         |
| <b>Hematología:</b>            | <input type="checkbox"/> moretes espontáneos  |                                              |                                                   |                                          |                                           |                                         |
| <b>Inmunología</b>             | <input type="checkbox"/> reacción alérgica    |                                              |                                                   |                                          |                                           |                                         |

**MÉDICO Y PERSONAL DE:**  All other systems were reviewed and found to be negative

Explique lo que marcó: \_\_\_\_\_

Lista de todos los problemas de salud: \_\_\_\_\_

Enfermedades: \_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Internaciones: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Antecedentes del nacimiento**

¿Con qué peso nació? \_\_\_\_\_ libras

¿La madre se enfermó durante el embarazo?  Sí  No

¿El bebé nació a tiempo?  Sí  No ¿Cuánto antes o después? \_\_\_\_\_

¿Tuvo ictericia al nacer?  Sí  No



**Antecedentes familiares:**

Diabetes  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Problemas de tiroides  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular antes de los 55 años  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Colesterol elevado  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

Altura de la madre biológica \_\_\_\_\_ Altura del padre biológico \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales**

¿Alguno en la casa sufrió daño físico o emocional este último año?  Sí  No

¿Se siente amenazado en la casa?  Sí  No

¿Quién vive en la casa? \_\_\_\_\_

¿Hay elementos financieros o de otro tipo que le causan estrés en la casa?  Sí  No

¿Alguien fuma en la familia?  Sí  No

Grado al que va el niño \_\_\_\_\_

Rendimiento escolar  Por encima del promedio  Promedio  Por debajo del promedio

**Sólo para diabéticos**

¿Qué tratamientos recibe? Marcar todo lo que corresponda.  inyección jeringa  lapicera insulina  bomba insulina  CGM

Días de clase perdidos por enfermedad el último año  0-10  11 o más

**Horario**

En promedio, ¿cuántas veces por día se hace el control de la sangre  0  1-2  3-4  5 o más?

¿En qué momento del día se controla el azúcar?  antes de las comidas  al acostarse  por la noche  otro \_\_\_\_\_

¿Quién le controla el azúcar? Marcar todo lo que corresponda.  niño  padres  hermanos  abuelos  enfermero  otro \_\_\_\_\_

¿Recibe insulina antes o después de las comidas?  antes  después

**Gravedad**

¿El niño reconoce los síntomas de azúcar bajo en la sangre?  Sí  No

Frecuencia con que el niño lee valores por debajo del rango ideal.  1 / mes  1 / semana  1 / día  más de 1/día

¿Tiene el botiquín de glucagon vigente en la casa?  Sí  No

Frecuencia con que el niño lee valores por encima del rango ideal.  raramente  algunas veces / semana  casi 1 / día  varias veces al día

¿Cuándo controla las cetonas?  al enfermarse  azúcar mayor a \_\_\_\_\_  náusea/vómitos  otro \_\_\_\_\_

¿El niño ha presentado cetonas desde la última consulta?  Sí  No

**Lugar**

¿Dónde inyectó (o colocó equipo de infusión de la bomba de insulina)? Marque lo que corresponda.  nalgas  piernas  estómago  brazos  otro \_\_\_\_\_

¿Quién da las inyecciones (o ubica el equipo de infusión de la bomba de insulina)? Marque lo que corresponda.  niño  padres  abuelos  hermanos  enfermero  otro \_\_\_\_\_

¿Notó bultos en el sitio de inyección (o sitio de infusión de la bomba)?  Sí  No

En el sitio de inyección (o de infusión de la bomba) ¿tuvo esto?  pérdidas  sangrado  malestar

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**FOR PROVIDER TO FILL OUT: ROS, PMH, FMH, SOC Hx reviewed:**

\_\_\_\_\_  
Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Printed Name