

Nos alegramos de poder trabajar juntos en la atención de niños y adolescentes. Por favor, complete el formulario para ayudarnos a conocerlos mejor a usted y al paciente. La información se mantiene privada y confidencial. Puede responder este cuestionario en el momento de la consulta o antes de venir a la clínica.

¿Cuál es la preocupación principal que desea tratar en la primera visita a la clínica?

ANTECEDENTES FAMILIARES		
¿Algún familiar directo del niño o adolescente (madre, padre, abuelos, tíos) tiene o tuvo lo siguiente? Marque lo que corresponda.		
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular antes de los 55 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:
Apnea obstructiva del sueño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién:

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA	
Los padres biológicos están	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Padre/ madre soltero
¿Quién vive con el niño o adolescente?	
¿Cuántos hermanos?	

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA
Grado escolar actual:
Desempeño escolar: <input type="checkbox"/> Más que satisfactorio <input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> Recursos de aprendizaje <input type="checkbox"/> Educación especial

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO		
Peso del paciente al nacer:	Longitud al nacer:	
Semanas de embarazo:		
¿La madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios:
¿La madre tuvo diabetes durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Si contestó que sí, ¿desapareció después del embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS DEL PACIENTE		
¿Fue hospitalizado o lo operaron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contestó que sí, escriba por qué lo hospitalizaron u operaron, y las fechas:		
Hospitalizaciones y cirugías:	Fecha	

¿Alguno de estos problemas interfirió con las actividades diarias del niño? Marque lo que corresponda.	
Constitucional	<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
Endocrino	<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"/> menstruación antes de los 9 años
Dermatológico	<input type="checkbox"/> ronchas <input type="checkbox"/> caída del pelo <input type="checkbox"/> cambio del color de piel <input type="checkbox"/> estrías
Garganta, nariz y oídos	<input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> secreción nasal <input type="checkbox"/> oye menos
Visión	<input type="checkbox"/> problemas en el ojo <input type="checkbox"/> problema de visión
Respiratorio	<input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> ronca
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> dolor en el pecho
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> dolor abdominal
Neurológico	<input type="checkbox"/> cefalea frecuente <input type="checkbox"/> convulsiones
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> cambio de conducta <input type="checkbox"/> hiperactivo <input type="checkbox"/> se distrae fácilmente
Genitourinario	<input type="checkbox"/> orina frecuente <input type="checkbox"/> se orina en la cama <input type="checkbox"/> duele al orinar
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/> dolor muscular <input type="checkbox"/> dolor articular <input type="checkbox"/> dolor de espalda
Hematología	<input type="checkbox"/> moretones sin explicación
Inmunología	<input type="checkbox"/> reacción alérgica
Ninguno	<input type="checkbox"/> nada de lo anterior

MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE					
Porciones de verduras y frutas por día	1	2	3	4	5+
Horas al día frente a la pantalla: TV, videojuegos, computadora o teléfono	0	1	2	3	4+
Horas al día de juego/ejercicio intenso (que lo hacen respirar agitadamente)	0	.5	1	2	3+
Días a la semana de actividades familiares	0	1	2	3	4+
Vasos (8 oz) al día de bebidas azucaradas (jugo, refrescos, bebidas deportivas, bebidas energéticas, leche con sabores, limonada, Kool Aid, té/café endulzado)	0	1	2	3	4+
Comidas a la semana en familia	0-1	2	3	4	5+
Días a la semana que desayuna	0-1	2	3	4	5+
Horas de sueño cada noche	6.	7	8	9	10+

ANTECEDENTES SOBRE LA MENSTRUACIÓN (sólo para niñas)	
La paciente, ¿ya ha tenido un período menstrual? Si es afirmativo, ¿a qué edad comenzó?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene períodos en forma regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sufre de dolores, cólicos fuertes o vómitos con el período?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha usado o actualmente usa pastillas anticonceptivas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CONTROL DEL PESO	
¿El niño o adolescente ha tratado alguna vez de perder peso con dietas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué tipo de dieta?	
¿Tuvo éxito con la dieta?	

 Firma del paciente o representante legal

 Fecha

 Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

 Relación con el paciente

 Practitioner Signature

 Date

 Time

 Practitioner Printed Name