



División de Genética

Domicilio para correspondencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si cambió alguno de los profesionales de la salud que los atienden a usted o al niño (médico de cabecera o especialistas), indíquelo aquí: \_\_\_\_\_

¿Hay algún tema delicado sobre el cual no quiera hablar hoy delante del niño? Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene dudas o inquietudes específicas sobre las que desearía conversar en la consulta de hoy? \_\_\_\_\_

Describa su dieta actual o la del niño (tipo de alimento o fórmula, cantidad, frecuencia, aversiones): \_\_\_\_\_

Indique cualquier medicamento que usted o el niño tomen actualmente: \_\_\_\_\_

Indique si le han hecho alguna cirugía desde la última consulta (incluya la fecha aproximada):  
1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Indique si ha pasado alguna noche hospitalizado desde la última consulta (incluya la fecha aproximada):  
1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Indique cualquier estudio de diagnóstico por imágenes que le hayan hecho desde la última consulta (resonancias magnéticas, tomografías axiales computarizadas, ecografías, radiografías, ecocardiogramas, etc.). Incluya el nombre del profesional que le solicitó el estudio y el resultado (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Indique cualquier prueba genética u otros análisis de laboratorio considerables que se haya hecho y que NO hayamos solicitado nosotros desde la última consulta: \_\_\_\_\_

**Marque cualquier problema médico que haya surgido desde la última consulta:**

**Generales:**

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Fatiga
- Otro \_\_\_\_\_

**En la garganta, la nariz y los oídos:**

- Infecciones frecuentes del oído
- Pérdida de la audición
- Congestión
- Ronquidos
- Otro \_\_\_\_\_

**Gastrointestinales:**

- Falta de apetito
  - Selectivo con la comida
  - Come demasiado
  - Reflujo esofágico
- CON FRECUENCIA:**
- Vómitos
  - Diarrea
  - Estreñimiento
  - Dolor abdominal
  - Otro \_\_\_\_\_

**Psiquiátricos:**

- Problemas de conducta
- Berrinches
- Depresión
- Ansiedad
- Hiperactivo
- Psicótico
- Otro \_\_\_\_\_



**En los ojos:**

- Usa lentes
- Astigmatismo
- Ojo vago o estrabismo
- Conductos lagrimales obstruidos
- Otro \_\_\_\_\_

**En la piel:**

- Sarpullidos
- Marcas de nacimiento
- Eccema
- Ictericia
- Problemas con la cicatrización de heridas
- Otro \_\_\_\_\_

**En el corazón:**

- Soplo
- Desmayos
- Dolor en el pecho
- Se pone morado
- Otro \_\_\_\_\_

**Pulmones:**

- Tos
- Asma
- Respiración dificultosa
- Otro \_\_\_\_\_

**Genitourinarios:**

- Se orina en la cama
- Infecciones de las vías urinarias
- Sangre en la orina
- Testículos no descendidos
- Otro \_\_\_\_\_

**Neurológicos:**

- Dolor de cabeza
- Migrañas
- Convulsiones
- Problemas para dormir
- Problemas de equilibrio
- Debilidad
- Bajo tono muscular
- Tono muscular alto
- Otro \_\_\_\_\_

**Musculoesqueléticos:**

- Fracturas óseas
- Flexibilidad excesiva
- Rigidez excesiva
- Dolor muscular
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones
- Escoliosis
- Luxación de articulaciones
- Otro \_\_\_\_\_

**Hemolinfáticos:**

- Sangrado nasal
- Tiene moretones con facilidad
- Sangrado prolongado
- Glándulas o ganglios linfáticos hinchados
- Otro \_\_\_\_\_

**Endócrinos:**

- Problema de regulación de la temperatura
- Bajo nivel de azúcar en la sangre
- Alto nivel de azúcar en la sangre
- Problema hormonal
- Bebe u orina demasiado
- Otro \_\_\_\_\_

**Alérgicos o inmunológicos:**

- Infecciones frecuentes
- Alergias alimentarias
- Alergias ambientales
- Otro \_\_\_\_\_

**Terapias que realiza actualmente:**

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Terapia de alimentación
- Terapia visual
- Musicoterapia
- Terapia de análisis conductual aplicado (ABA)
- Terapia del desarrollo
- Otro \_\_\_\_\_

**Educación actual:**

- Grado: \_\_\_\_\_
- Educación especial
- Programa de Educación Individualizada
- Asistente individual
- Plan 504
- Clases normales
- Educación domiciliaria

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

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