

PEDIATRIX

15650 N. Black Canyon, Suite 100, Phoenix AZ 85023 (602) 866-0550

EXPEDIENTE: NUEVO PACIENTE

Fecha _____ Folder # _____

Estimado Familiar: Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor llene lo mas posible este cuestionario. Asi nos ayudara a conocer a su menor y poder examinarlo(a) mejor.

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento _____

SECCION A. INFORMACION ACTUAL

1. Cual es el **MOTIVO PRINCIPAL** de su visita?

2. Si su menor esta enfermo, o tiene un problema, cuando se dió cuenta **FOR PRIMERA VEZ** de la enfermedad o del problema?

3. Por favor escriba otras preguntas, síntomas o problemas que le preocupan: _____

4. Su nino tomó alguna medicina en las ultimas 2 semanas? _____ Anote sus nombres si se acuerda: _____

5. SINTOMAS QUE PRESENTA SU NIÑO(A) AHORA: (Subraye)

a. General: Sano, enfermo, activo, triste, con fiebre.

b. Respiratorio: Nariz congestionada (mormada), dolor de oidos, tos, respiracion como piido (tipo asma).

c. Digestivo: Dolor de estomago, nausea, estrenimiento, diarrea, no come bien.

d. Urinario: Dolor al orinar, moja la cama de noche, mal olor en la orina, piel rosada (por el pañal).

e. Comportamiento: Niño(a) bueno(a), usted es feliz con su bebe o niño(a), es un niño(a) feliz, llorón, duerme bien, duerme mal, es dificil de controlar, es irritable, tiene muchos berrinches, tiene que pegarle mucho, es engreido, no habla correctamente,

6. ALIMENTACION:

a. Leche: Tipo _____ Cuanto toma por dia? _____

b. Otras comidas: Cuanto por dia? Jugo _____ Cereal _____

Frutas _____ Comida de casa _____ Sopas _____

Vegetales _____ Carnes _____ Dulces _____

Gaseosas _____

c. El apetito es bueno() regular() pobre()

d. Le da vitaminas? Cuales? _____

e. Esta tomando alguna formula con hierro o suplemento de hierro? _____

Seccion B. Historia Pasada

1. EMBARAZO, PARTO, NACIMIENTO Y PRIMERA SEMANA DE VIDA: Si No
- A. Como madre usted tuvo alguna enfermedad o complicacion durante el embarazo? ___ ___
- B. Donde nacio su bebe? hospital () clinica () domicilio () otro lugar ()
- C. Escriba el nombre del Doctor o partera que la atendio _____
- D. Cual fue el peso de su bebe al nacer? _____
- E. Su bebe tuvo algun problema durante la primera semana de vida? ___ ___
Si hubo algun problema, por favor subraye cuales: color amarillo, problemas respiratorios, necesidad de oxigeno, infeccion, color azul, transfusion de sangre, defecto alguno.
2. ENFERMEDADES, ALERGIAS Y OTROS PROBLEMAS:
- A. Su bebe necesito cuidado medico MUY frecuentemente? ___ ___
- B. Por favor subraye los siguientes problemas si esto(s) le pasaron a Ud. y a su bebe:
Colico excesivo, Problemas de alimentacion, resfrios frecuentes, infeccion de oidos, asma, caidas serias, cirugias, reaccion a medicinas, convulsiones, infeccion de orina, problemas de las extremidades, piel sensible, problemas de comportamiento.
- C. Sufre su bebe o menor de alergias de algun tipo? ___ ___
Sabe su causa? _____. Cuales son los sintomas? _____

Seccion C. Desarrollo:

1. Piensa que el desarrollo de su menor es normal? ___ ___
2. A que edad se dio la vuelta? _____ Se sento? _____
Se llevo a parar sin ayuda? _____ Dio 10 pasos? _____
Hablo 20 palabras que usted entendia? _____

Seccion D. Vacunas (Por favor chequee las vacunas recibidas por su menor):

1. DPT o DPaT (Difteria, coqueluche, tetano) #1 ___ #2 ___ #3 ___ #4 ___ #5 ___
2. Polio oral o inyectada #1 ___ #2 ___ #3 ___ #4 ___
3. MMR (Sarampion, paperas, rubeola) #1 ___ #2 ___
4. HIB (Vacuna contra meningitis B) #1 ___ #2 ___ #3 ___ #4 ___
5. Varicela(Chickenpox en ingles) #1 ___ #2 ___
6. Prueba de Tuberculosis: _____

Seccion E. Historia Familiar

1. El papa vive? _____. Su edad? _____. Vive con Ustedes? _____. Buena Salud? ___ ___
La mama vive? _____. Su edad? _____. Vive con Ustedes? _____. Buena Salud? ___ ___
2. Cuantos ninos hay en la casa? _____. Sus edades _____
3. Estan en buena salud?
4. Algun familiar tiene: diabetes, convulsiones, tuberculosis, asma, alergias, presion alta, aumento de peso, problemas nerviosos, retardo mental? ___ ___
5. Existe algun problema familiar entre los padres? _____
6. Existe algun problema economico, o alguna dificultad para encontrar algun lugar para dormir? Existen otros problemas? _____
7. Cuantos anos estudio la madre? _____ y el padre? _____
8. Los padres de familia usualmente se ponen de acuerdo para educar a sus ninos? _____