

Cuestionario Médico
Edades 0-12

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cuestionario completado por: _____

Relación con el niño: _____

Fecha de la visita: _____

Antecedentes Prenatales/Neonatales (por favor llénelo si su niño tiene menos de tres años):

1. ¿Cuántos meses estuvo embarazada con su niño? _____

2. ¿Cuántas semanas/meses tenía de embarazo cuando fue a su primera visita al doctor? _____

3. ¿Tuvo algún problema durante su embarazo? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

4. ¿Qué tipo de parto? Vaginal Cesárea

5. ¿Tuvo algún problema durante el parto? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

6. Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

7. ¿Tuvo algún problema en la sala cuna del hospital? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

Antecedentes Médicos:

¿Ha sido diagnosticado su niño con alguna de estas enfermedades o condiciones médicas? (marque todas las que correspondan)

Anemia

Asma

Enfermedad de Déficit de Atención con/ Hiperactividad (ADHD en inglés)

Diarrea crónica

Infección crónica del oído

Diabetes

Lesión en la cabeza

Soplo en el corazón

Alergias nasales/sinusitis

Reflujo

Convulsiones/ataques

Infección de la orina/vejiga

Otra, especifique _____

Mi niño no tiene ninguna de estas enfermedades.

2. ¿Ha sido internado su niño en el hospital alguna vez? Sí No

Si la respuesta es Sí,

a. ¿Cuál fue la razón? _____

b. ¿Qué edad tenía su niño? _____

c. Nombre y ciudad del hospital _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

3. ¿Ha tenido su niño alguna cirugía? Sí No

Si la respuesta es sí,

- a. ¿Para qué fue la cirugía? _____
b. ¿Qué edad tenía su niño? _____
c. Nombre y ciudad del hospital _____

4. ¿Tiene su hijo alguna alergia a comidas o medicamentos? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor anótelas

5. ¿Están las vacunas del niño al corriente? Sí No

Si la respuesta es no, ¿cuáles están pendientes? _____

6. Por favor marque todo lo que corresponda a la salud de su hijo en este momento

- Falta de energía
 Pérdida de peso
 Aumento de peso
 Problemas con su vista
 Usa lentes o espejuelos
 Tiene dificultad para oír
 Sus dientes están descoloridos y se rompen fácilmente
 Sus encías sangran fácilmente
 Sangra por mucho tiempo después de una cortada
 Respiración silbante
 Dolores musculares
 Dolor o hinchazón en las articulaciones
 Urticaria
 Eczema

Mi hijo no tiene ninguno de estos problemas.

7. ¿Está tomando su niño alguna medicina o vitaminas actualmente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué está tomando? _____
¿Para qué enfermedad/condición está tomando esta medicina(s)? _____

8. ¿Quién es el doctor de su niño? _____

¿En qué pueblo/ciudad tiene el doctor su consultorio? _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Médico Familiar

¿Alguno de los hermanos (as), padres o abuelos del niño sufren de alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todas las que corresponden, e identifique el miembro de la familia afectado)

- Anemia _____
- Asma _____
- Retraso en el habla, movimiento o entendimiento de las cosas _____
- Diabetes _____
- Adicción a drogas/alcohol _____
- Ha tenido muchas fracturas en los huesos _____
- Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos o astillados _____
- Enfermedad del corazón _____
- VIH/SIDA _____
- Pérdida auditiva _____
- Retraso Mental _____
- Alergias nasales _____
- Hemorragias nasales; se le hacen moretones fácilmente _____
- Enfermedades psiquiátricas o mentales _____
- Convulsiones/Ataques _____
- ¿Alguien fuma en su casa? _____
- Otras (por favor anótelas) _____

Nadie en mi familia tiene ninguno de estos problemas o enfermedades

Historial del Desarrollo del Niño (por favor llene si su niño tiene menos de tres años):

1. ¿A qué edad su niño hizo lo siguiente por primera vez?
 - a. Rodarse _____
 - b. Sentarse solo _____
 - c. Pararse _____
 - d. Caminar _____
 - e. Correr _____
 - f. Decir palabras con claridad _____
2. ¿Su niño ya dice frases u oraciones? Sí No
3. ¿Su niño ya está entrenado para ir al baño? Sí No
4. ¿Qué haces cuando tu hijo (hija) no sé porta bien?

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Asiste a una Guardería o Escuela

1. ¿A su niño lo cuida alguna otra persona? Sí No
Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar: _____
¿Qué días y horas pasa su niño con la persona que lo cuida? _____
2. ¿Va su niño a una guardería? Sí No
Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar: _____
3. ¿Va su niño a la escuela? Sí No
Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar: _____
4. ¿En qué grado escolar está su niño? _____
5. ¿Cómo va su niño en la escuela? Excelente Bien Promedio Reprobando
6. Si su niño está reprobando en la escuela, ¿cuál es el problema?

7. ¿Asiste su niño a algún programa después de la escuela? Sí No
Si la respuesta es sí, escriba el nombre y lugar: _____

Historial Social

1. Por favor escriba los nombres de los adultos y niños que viven actualmente en la misma casa que su niño, y la relación que tienen con su niño:

2. ¿Ha estado su familia involucrada con el Departamento de Servicios Sociales (DSS)? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor escriba el año y la razón:

3. ¿Ha estado expuesto su niño a violencia doméstica? Sí No

Comentarios Adicionales del Proveedor Médico:

Cuestionario revisado por: _____ **Fecha de Revisión:** _____
Proveedor Médico