

**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