

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

PEDIATRIC HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

Para ser completado en caso de niños de 12 años de edad y menores

To be completed for children 12 years and younger

Fecha de hoy: _____

Today's date: _____

Nombre: _____

Name: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

DOB: _____ Age: _____

Altura: _____ Peso: _____ SEXO: M o F

HT: _____ WT: _____ SEX: _____

Diestro o zurdo

RT hand dominant or LT hand dominant

Pediatra: _____

Pediatrician: _____

Médico solicitante: _____

Requesting Dr: _____

ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS A

MEDICAMENTOS

ALLERGIES & ADVERSE DRUG REACTIONS

Encerrar en un círculo si es alérgico(a):

Please circle if allergic:

Mariscos Yodo Contraste radiopaco Huevos

Shellfish Iodine Xray dye Eggs

Carne de ave Soya Plumas Látex Níquel

Poultry Soy Feathers Latex Nickel

Cinta adhesiva

Tape

Otros: _____

Other: _____

MEDICAMENTOS Y DOSIS, INCLUYENDO

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y

SUPLEMENTOS

MEDICATIONS & DOSAGES INCLUDING OVER

THE COUNTER AND SUPPLEMENTS

HOSPITALIZACIONES:

HOSPITALIZATIONS:

Por favor, indique la enfermedad, el año y el hospital.

ANTECEDENTES SOCIALES:

SOCIAL HISTORY:

Escuela: _____ Grado: _____

School: _____ Grade _____

Deportes/Ejercicio _____

Sports/Exercise: _____

Pasatiempos: _____

Hobbies: _____

¿Fuma?: Sí No; si la respuesta es "Sí", N.º de paquetes por día _____

Smoker: Yes NO, if yes, # of packs p/day

¿Es fumador pasivo? Sí No

Exposed to second hand smoke? Yes No

¿Se consume alcohol en el hogar? Sí No

Is there alcohol use in the home? Yes No

¿Usa el paciente o algún miembro de su familia alguna droga recreativa? Sí No

Does patient or family member use any recreational drugs? Yes No

ANTECEDENTES FAMILIARES:

FAMILY HISTORY:

Por favor, indique el miembro de la familia y los detalles

Please state who and details

Artritis: _____

Arthritis: _____

Cáncer: _____

Cancer: _____

Diabetes: _____

Diabetes: _____

Problemas cardíacos: _____

Heart problems: _____

Accidente cerebrovascular: _____

Stroke: _____

Presión arterial alta: _____

High blood pressure: _____

Enfermedad de tiroides: _____

Thyroid disease: _____

Coágulos de sangre/Hemopatías: _____

Blood clots/diseases: _____

Pie zambo: _____

Club feet: _____

Dislocación congénita de la cadera: _____

Congenital hip dislocation: _____

Please list condition, year, and hospital

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:
SURGICAL HISTORY:

Por favor, indique el procedimiento, el año y el hospital.
Please list procedure, year, and hospital

¿Tuvo alguna reacción a la anestesia? Sí No
Any reaction to anesthesia: Yes No

Explique por favor: _____

Please explain:

Epilepsia: _____

Epilepsy: _____

Hepatitis: _____

Hepatitis: _____

Trastorno nervioso: _____

Nervous disorder: _____

Escoliosis: _____

Scoliosis: _____

Tuberculosis: _____

Tuberculosis: _____

Hipertermia maligna: _____

Malignant hyperthermia: _____

Otras enfermedades: _____

Other diseases: _____

ANTECEDENTES PERINATALES

BIRTH HISTORY

¿La madre estuvo enferma durante el embarazo? Sí o No _____

Mother ill during pregnancy? Yes or No

¿Se le practicó un examen de rayos X a la madre durante el embarazo? Sí o No

Mother had xrays during pregnancy? Yes or No

¿La madre tomó algún medicamento durante el embarazo? Sí o No

Mother took medication during pregnancy? Yes or No

Nacimiento del bebé: por vía vaginal o por cesárea

Child born: Vaginally or cesarean

Nacimiento del bebé: presentación cefálica (la cabeza primero) o podálica (las nalgas primero)

Child born: Head first or breech

Tiempo total de embarazo (37-40 semanas) Sí o No

Full term pregnancy (37-40 wks) Yes or No

Peso del bebé al nacer _____

Child's birth weight _____

¿El bebé es un gemelo? Sí o NO; si la respuesta es "Sí", ¿Es idéntico o no?

Is child a twin? Yes or NO – If yes, Identical or Not

SÓLO PARA PACIENTES DEL SEXO FEMENINO:

FEMALE PATIENTS ONLY:

¿Ya tuvo la menarquía? Sí o NO; Edad: _____

Have you started menstruation? Yes or No – Age:

¿Toma algún medicamento para regular su período? Sí No

Do you take medication to regulate your period? Yes No

¿Está embarazada? Sí No

Are you pregnant? Yes No

COMPLETE AMBOS LADOS

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES

HISTORIA CLÍNICA PASADA:**PAST MEDICAL HISTORY:**

Encierre en un círculo y comente:

Please circle and comment

Anemia	Sí o No _____
Anemia	Yes or No _____
Ansiedad	Sí o No _____
Anxiety	Yes or No _____
Asma	Sí o No _____
Asthma	Yes or No _____
Trastorno de espalda	Sí o No _____
Back disorder	Yes or No _____
Coágulos de sangre/ Hematopía	Sí o No _____
Blood clots/disease	Yes or No _____
Sangre en la orina	Sí o No _____
Blood in urine	Yes or No _____
Cáncer	Sí o No _____
Cancer	Yes or No _____
Cambio en los movimientos intestinales	Sí o No _____
Change in BMs	Yes or No _____
Colitis o Síndrome del intestino irritable	Sí o No _____
Colitis or IBS	Yes or No _____
Tos con sangre	Sí o No _____
Coughing up blood	Yes or No _____
Depresión	Sí o No _____
Depression	Yes or No _____
Diabetes	Sí o No _____
Diabetes	Yes or No _____
Enfisema	Sí o No _____
Emphysema	Yes or No _____
Epilepsia/ Convulsiones	Sí o No _____
Epilepsy/Seizures	Yes or No _____
Enfermedad de la vesícula biliar	Sí o No _____
Gallbladder disease	Yes or No _____
Gota	Sí o No _____
Gout	Yes or No _____
Desmayo	Sí o No _____
Fainting	Yes or No _____
VIH/SIDA	Sí o No _____
HIV/AIDS	Yes or No _____
Enfermedad cardíaca	Sí o No _____
Heart disease	Yes or No _____
Dolor de pecho	Sí o No _____
Chest pain	Yes or No _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:**REVIEW OF SYSTEMS:**Musculoesquelético:Musculoskeletal:

Espina bífida/Problemas de movilidad	Sí o No
Spina Bifida/mobility impairment	Yes or No
Distrofia muscular	Sí o No
Muscular Dystrophy	Yes or No
Trastorno autoinmune	Sí o No
Auto-Immune Disorder	Yes or No
Fracturas _____	Sí o No
Fractures _____	Yes or No
Dolor de espalda	Sí o No
Back pain	Yes or No
Dolor en las articulaciones	Sí o No
Joint pain	Yes or No

Neurológico:Neurological:

Accidente cerebrovascular/ Accidente isquémico transitorio	Sí o No
Stroke/Mini Stroke	Yes or No
Epilepsia	Sí o No
Epilepsy	Yes or No
Convulsiones	Sí o No
Seizures	Yes or No
Migraña	Sí o No
Migraine headaches	Yes or No
Hidrocefalia/Shunt	Sí o No
Hydrocephalus/Shunt	Yes or No
Parálisis cerebral	Sí o No
Cerebral Palsy	Yes or No
Mareo	Sí o No
Dizziness	Yes or No
Parálisis	Sí o No
Paralysis	Yes or No
Desmayo	Sí o No
Fainting	Yes or No

Cardíaco:Cardiac:

Problemas/Soplos cardíacos	Sí o No
Heart problems/murmur	Yes or No
Presión arterial alta	Sí o No
High Blood Pressure	Yes or No
Arritmia cardíaca	Sí o No
Irregular heartbeats	Yes or No
Coágulos de sangre	Sí o No
Blood clots	Yes or No
Dolor/Presión en el pecho	Sí o No
Chest pain/pressure	Yes or No

Insuficiencia cardíaca/ ICC	Sí o No _____
Heart failure/CHF	Yes or No _____
Arritmia cardíaca	Sí o No _____
Irregular heart beat	Yes or No _____
Hepatitis/Enfermedad hepática	Sí o No _____
Hepatitis/liver dis	Yes or No _____
Presión arterial alta	Sí o No _____
High blood pressure	Yes or No _____
Colesterol alto	Sí o No _____
High cholesterol	Yes or No _____
Enfermedad renal	Sí o No _____
Kidney disease	Yes or No _____
Enfermedad pulmonar	Sí o No _____
Lung disease	Yes or No _____
Enfermedad mental	Sí o No _____
Mental disease	Yes or No _____
EDRM/Infección grave	Sí o No _____
MRSA/serious inf.	Yes or No _____
Neuropatía	Sí o No _____
Neuropathy	Yes or No _____
Problemas de próstata	Sí o No _____
Prostate problems	Yes or No _____
Hemorragia rectal	Sí o No _____
Rectal bleeding	Yes or No _____
Disnea	Sí o No _____
Shortness of breath	Yes or No _____
Accidente cerebrovascular	Sí o No _____
Stroke	Yes or No _____
Inflamación/Dolor en las articulaciones	Sí o No _____
Swollen/pain joints	Yes or No _____
Enfermedad de tiroides	Sí o No _____
Thyroid disease	Yes or No _____
Úlceras	Sí o No _____
Ulcers	Yes or No _____
Enfermedad venérea/ETS	Sí o No _____
Venereal dis/STD	Yes or No _____
Artritis reumatoidea	Sí o No _____
Rheumatoid disease	Yes or No _____
Heridas que no cicatrizan correctamente	Sí o No _____
Wounds that not healed properly	Yes or No _____
Otros: _____	
Other: _____	

<u>Pulmonar:</u>	
<u>Pulmonary:</u>	
Asma	Sí o No
Asthma	Yes or No
Neumonía	Sí o No
Pneumonia	Yes or No
Apnea del sueño	Sí o No
Sleep Apnea	Yes or No
Uso de oxígeno	Sí o No
Oxygen Use	Yes or No
Tuberculosis	Sí o No
Tuberculosis	Yes or No
VRS	Sí o No
RSV	Yes or No
Disnea	Sí o No
Shortness of breath	Yes or No
Respiración sibilante	Sí o No
Wheezing	Yes or No
Tos	Sí o No
Cough	Yes or No
<u>Gastrointestinal:</u>	
<u>GI:</u>	
ERGE/reflujo	Sí o No
GERD/reflux	Yes or No
Hepatitis	Sí o No
Hepatitis	Yes or No
Enfermedad hepática	Sí o No
Liver disease	Yes or No
Ictericia	Sí o No
Jaundice	Yes or No
Dolor abdominal	Sí o No
Abdominal pain	Yes or No
Sangre en las deposiciones	Sí o No
Blood in stool	Yes or No
Cambio en los movimientos intestinales	Sí o No
Change in bowel movements	Yes or No
Estreñimiento	Sí o No
Constipation	Yes or No
Diarrea	Sí o No
Diarrhea	Yes or No
Vómito con sangre	Sí o No
Vomited blood	Yes or No

REVISIÓN DE SISTEMAS (continuación)**REVIEW OF SYSTEMS CONT'D**OjosEyes:

Vision doble/borrosa	Sí o No
Double/blurred vision	Yes or No

Orejas/Nariz/Garganta/Boca:Ears/Nose/Throat/Mouth:

Ronquera	Sí o No
Hoarseness	Yes or No
Hemorragia nasal	Sí o No
Nosebleeds	Yes or No
Dificultad para tragar	Sí o No
Difficulty swallowing	Yes or No

Hematología/OncologíaHem/Oncology:

Trastorno hemorrágico	Sí o No
Bleeding disorder	Yes or No
Anemia	Sí o No
Anemia	Yes or No
Cáncer	Sí o No
Cancer	Yes or No
SIDA/VIH	Sí o No
AIDS/HIV	Yes or No

Endocrino:Endocrine:

Diabetes	Sí o No
Diabetes	Yes or No
Desorden metabólico	Sí o No
Metabolic disorder	Yes or No

Gastroenterológico y Urológico:GU:

Enfermedad renal	Sí o No
Kidney disease	Yes or No
Infecciones a la vesícula	Sí o No
Bladder infections	Yes or No
Disminución de la orina	Sí o No
Decreased urine	Yes or No
Pus en la orina	Sí o No
Pus in urine	Yes or No
Dolor al orinar	Sí o No
Pain while urinating	Yes or No

Psicológico:

Problemas de conducta	Sí o No
Behavioral problems	Yes or No
Ansiedad	Sí o No
Anxiety	Yes or No
Depresión/Preocupación	Sí o No
Depression/worry	Yes or No

COMPLETE LA LÍNEA CON LA EDAD DE SU HIJO(A) CUANDO FUE CAPAZ DE REALIZAR LA ACTIVIDAD O ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA FRASE "AÚN NO".

PLEASE FILL IN THE AGE OF YOUR CHILD WHEN HE/SHE WAS ABLE TO DO THE ACTIVITY OR CIRCLE "DOES NOT"

(Completar únicamente si el niño(a) tiene menos de 5 años)
(Complete only for children under age 5)

Mi hijo(a) se sentó solo(a) a los _____ meses	Aún no
My child sat alone at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) se paró solo(a) a los _____ meses	Aún no
My child stood alone at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) caminó solo(a) a los _____ meses	Aún no
My child walked alone at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) dijo su primera palabra a los _____ meses	Aún no
My child said his first word at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) se expresó con oraciones a los _____ meses	Aún no
My child talked in sentences at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) aprendió a ir al baño solo(a) a los _____ meses	Aún no
My child was toilet trained at _____ months.	Does not
Mi hijo(a) se puede alimentar por sí solo(a) desde los _____ años	Aún no
My child is able to feed him/herself since _____ years.	Does not
Mi hijo(a) se vistió solo(a) desde los _____ años	Aún no
My child dressed him/herself since _____ years.	Does not

HE LEÍDO Y RESPONDIDO ESTAS PREGUNTAS A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

I HAVE READ AND ANSWERED THESE QUESTIONS TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Firma del padre (o tutor del menor)
Parent signature (or guardian for minor)

Fecha de hoy

