



503 N. Scott • Belton, Missouri 64012 • Ph. 816-322-GROW (4769) • Fax 816-322-3508

CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Por favor complete las secciones apropiadas.

Nombre de la madre _____ Edad _____

Ocupacion _____

Nombre del padre _____ Edad _____

Ocupacion _____

Si los adultos trabajan fuera del hogar, quien cuidara del niño(a)? _____

Nombre _____

Fecha _____

FAVOR DE DARNOS COPIA DEL RECORD DE VACUNAS

A. EMBARAZO Y PARTO:

1. Edad de la madre al nacer _____
2. Alguna enfermedad durante el embarazo. No Si
3. Algun medicamento aparte de vitaminas No Si
4. El bebe nacio a tiempo? Si No
5. Algun problema durante el parto? No Si
6. Algun problema despues del parto? No Si
7. Algun problema durante la estancia en la hospital? No Si
Que tipo? _____
8. Peso de nacimiento _____

B. HISTORIAL MEDICO ANTERIOR:

1. Donde ha ido su hijo(a) para chequeos hasta ahora? _____
2. Fecha del ultimo chequeo? _____
3. Fecha del ultimo chequeo dental? _____
4. Ha tenido su hijo(a) reacciones alergicas a algun medicamento, comida, o picadura de insecto? No Si
A cuales? _____
5. Ha tenido su hijo(a) reacciones a alguna vacuna? No Si
A cuales? _____
6. Cualquier hospitalizacion aparte del nacimiento? No Si
Por que motivo? _____
7. Alguna lesion grave? No Si
Que tipo? _____
8. Toma algun medicamento? No Si
Qual? _____
9. Ha tenido su hijo(a) varicela? No Si
A que edad? _____

C. HISTORIAL FAMILIAR:

1. Los padres del niño(a) estan en buera salud? Si No
2. Circule cualquier enfermedad que tengan los padres, abuelos, hermanos, hermanas, tias y tios de este niño(a): anemia, asma, alergias, diabetes, presion sanguinea alta, problemas del corazon, tuberculosis, enfermedades hereditarias, enfermedades venereas, cancer, sida, o algun otro problema. _____

3. Nombre, edad, y sexo de los hermanos/hermanas: _____

4. Alguno de sus hijos a muerto? No Si

D. ALIMENTACION Y NUTRICION:

1. El appetito de su hijo(a) suele ser bueno? Si No
2. Esta bien ahora? Si No
3. Hubo colico grave o algun problema de alimentacion inusual durante los primeros 3 meses? No Si
4. Alguna comida que no le caiga bien? No Si
5. Por los primeros 6 meses de vida, el/ella tomo pecho o formula? _____
6. Si aun toma formula, de cual toma? _____
7. El/ella toma vitaminas? Si No

E. REVISION DE SINTOMAS:

1. Su hijo(a) tuvo infecciones en los oidos frecuentes? No Si
2. Algun problema con sus ojos? No Si
3. Algun problema con sus dientes? No Si
4. Gripe o dolor de garganta frecuente? No Si
5. Tiene asma, neumonia, o tos constante? No Si
6. Tiene problemas del corazon o soplo cardiaco? No Si
7. Algun problema para orinar? No Si
8. Diarrea o estreñimiento frecuente? No Si
9. Convulsiones o problemas con su sistema nervioso? No Si
10. Eczema, urticaria o alguna condicion de la piel? No Si
11. Ha tenido anemia? No Si
12. Favor de listar cual quier otro problema medico. _____

F. DESARROLLO/COMPORTAMIENTO:

1. A que edad camino su hijo(a)? _____
2. A que edad se sento solo(a)? _____
3. Decia palabras a la edad de ano y medio? Si No
4. Como se compara con otros niños(as) de sue dad? _____
5. Tiene problemas con el sueño? No Si
6. En que grado escolar esta? _____
7. Ha tenido problemas en la escuela? No Si
8. Se lleva bien con otros niños? Si No
9. Circule si su hijo(a) ha tenido algo de lo siguiente:
se come las unas, se chupa el dedo, se orina en la cama, problemas aprendendo a ir al bano, mal character, hyperactividad, pesadillas, problemas con el habla, problems con disciplina, algun otro problema: _____

G. SEGURIDAD/MEDIO AMBIENTE:

1. Vive en casa, apartamento, casa mobil, o otro? (CIRCULE)
2. Conoce la temperature mas alta del agua en sus tuberias? Si No
3. Hay alarma de humo que funcione en cada piso de la casa? Si No
4. Su hijo(a) usa un asiento para el automovil/cinturon de seguridad cuando viaja en el auto? Si No
5. Hay alguien que fume en la casa o en la guarderia? Si No
6. Hay algun problema con la condicion de la casa? pintura descascarada, insectos, ratas, o ratanones? Si No
7. Su hijo(a) usa casco cuando anda en la bicicleta? Si No
8. Tiene armas en la casa? No Si
Estan encerradas bajo llave? Si No

H. TIENE ALGUNA INQUIETUD ESPECIFICA?