

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE NUEVO
DEBE SER CONTESTADO POR UNO DE LOS PADRES

Nombre de la madre _____ Edad _____
 Ocupación _____
 Nombre del padre _____ Edad _____
 Ocupación _____

Nombre del niño(a) _____
 Fecha de nacimiento _____

Si todos los adultos de la casa trabajan, ¿qué arreglos tiene para el cuidado de su hijo? _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

1. Edad de la madre al nacer el bebé _____
2. ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? Sí No
3. ¿Tomó alguna otra medicina que no fuera hierro o vitaminas? Sí No
4. ¿Nació su bebé en el tiempo debido? Sí No
5. ¿Cuándo pesó? _____
6. ¿Tuvo el bebé problemas para respirar cuando nació? Sí No
7. ¿Tuvo el bebé alguna infección cuando estuvo en el hospital? Sí No
¿qué clase?: _____

HISTORÍA MÉDICA DE SU HIJO(A)

1. ¿A dónde lleva usted regularmente a su hijo(a) para chequeo? _____
2. Fecha del último chequeo médico _____
3. Fecha del último chequeo dental _____
4. ¿Tiene su hijo reacción alérgica a las medicinas? Sí No
¿A cuál medicina? _____
5. ¿Ha tenido reacción a alguna vacuna? Sí No
¿A cuál vacuna? _____
6. ¿Ha estado en el hospital después del nacimiento? Sí No
7. ¿Alguna enfermedad seria? Sí No
¿Cuál ha sido? _____
8. ¿Está tomando alguna medicina regularmente? Sí No
¿Cuál medicina? _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

1. ¿Están en buena condición física los padres del niño(a)? Sí No
2. Circule cualquiera de las enfermedades que los padres, abuelos, tíos, hermanos(a), hayan tenido tales como: Anemia, asma, diabetes, alta presión, problemas del corazón, tuberculosis, enfermedades mentales, drogas, alcohol, enfermedades venéreas, cáncer, sida o alguna otra enfermedad.
3. ¿Cuántos hermanos(as) tiene su hijo(a)? _____
4. ¿Han muerto algunos de sus hijos(as)? Sí No

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1. ¿Tiene buen apetito su hijo(a)? Sí No
2. ¿Cree usted que su hijo se encuentra bien ahora? Sí No
3. ¿Tuvo mucho cólico o algún problema de alimentación durante los primeros 3 meses? Sí No
4. ¿Rehusó comer algún alimento? Sí No
5. En los primeros 6 meses, ¿le dio pecho o mamila? _____
6. Si aún le da fórmula ¿Cuál es el nombre? _____
7. ¿Toma vitaminas? ¿Cuáles son? _____

PROBLEMAS DE SALUD DE SU HIJO(A)

1. ¿Tiene frecuentemente infección en los oídos? Sí No
2. ¿Algún problema con los ojos? Sí No
3. ¿Tiene problemas con los dientes? Sí No
4. ¿Le da catarro, gripe o dolor de garganta frecuentemente? Sí No
5. ¿Tiene asma, neumonía, tos? Sí No
6. ¿Tiene sopleo o problemas del corazón? Sí No
7. ¿Problemas para orinar? Sí No
8. ¿Problemas con diarrea o estreñimiento? Sí No
9. ¿Ha tenido convulsiones o problemas con los nervios? Sí No
10. ¿Problemas con la piel? Sí No
11. ¿Ha tenido anemia? Sí No
12. Si tiene algún otro problema, menciónelo

COMPORTAMIENTO Y CRECIMIENTO DE SU HIJO(A)

1. ¿A qué edad se sentó solito(a)? _____
2. ¿A qué edad caminó solito(a)? _____
3. ¿Pronunció alguna palabra a la edad de un año? _____
4. Para la edad que tiene, ¿cómo comparas a tu hijo(a) con los otros niños? _____
5. ¿Tiene problemas para dormir? Sí No
6. ¿En qué grado esta? _____
7. ¿Tiene problemas en la escuela? Sí No
8. Circule algunos de los hábitos que su hijo(a) pueda tener como: morderse las unas, chuparse los dedos; si se orina en la cama, problemas para ir al baño, mal comportamiento, super activo, pesadillas en la noche, problemas para hablar, problemas para disciplinarlo.

SEGURIDAD Y PRECAUCIONES

1. ¿Vive en un apartamento, casa privada, casa móvil u hotel? (Circule uno)
2. ¿Sabe usted qué tan caliente están las pipas del agua? Sí No
3. ¿Funciona la alarma contra el fuego en su casa o apartamento donde viven? Sí No
4. ¿Usa su hijo(a) cinturón de seguridad cuando viaja en carro? Sí No
5. ¿Alguien fuma en su casa? Sí No
6. ¿Hay algún problema con la condición de la casa, como ratas, cucarachas, insectos? Sí No
7. ¿Usa casco protector al manejar bicicleta? Sí No

TRAJE SU TARJETA DE VACUNAS AHORA? Sí No

FIRMA DE LOS PADRES: _____

FECHA: _____