

TRI COUNTY PEDIATRICS QUESTIONARIO

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente _____

Marque Sí o No, explique donde sea necesario. N / A - No aplicable

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

¿Salud de la Madre durante el embarazo? _____
 ¿Medicamentos durante el embarazo? SÍ o NO
 Nombre del Hospital: _____
 ¿Semanas de Gestación? _____
 ¿Tipo de parto? Cesaría Vaginal
 Peso del nacimiento _____
 Examen de audición después de nacimiento : PASO NO PASO
 ¿Vacuna del HEP B después del nacimiento? SÍ NO
 ¿Complicaciones? SÍ NO
 ¿Presentación de nalgas? SÍ NO
 Problemas con bebe durante el parto: _____
 ¿Ictericia (color amarillo al nacer)? SÍ NO
 ¿Fumar, Alcohol, drogas callejeras, durante el embarazo? SÍ NO
 ¿Otros problemas durante el embarazo? _____

HISTORIA MÉDICA DEL PASADO DEL NIÑO

Alergias a la medicina? SÍ NO / Comida? SI NO
 ¿Alguna cirugía? SÍ NO
 ¿Vacunas actualizadas? SÍ NO
 Hospitalización (cuándo, dónde, por qué) _____
 Lesiones graves (cuándo, dónde) _____

Asthma SÍ NO	Problemas de Visión SÍ NO
Rinitis Alérgica SÍ NO	Problemas de Audición SÍ NO
Infección de Oído SÍ NO	Problemas Coyuntura SÍ NO
Eczema/ urticaria SÍ NO	Problemas de la Piel SÍ NO
Autismo SÍ NO	Problemas de Desarrollo S N
Convulsions SÍ NO	Problemas del corazón SÍ NO
UTI/Genitourinario S N	Problemas Abdominales SÍ NO
Retraso de habla SÍ NO	ADD/ADHD/Psiquiátrico Si NO
Desorden sanguine SÍ NO	Depresión SI NO
Neurológico / CP SÍ NO	Problemas de Riñones SÍ NO

NUTRICIÓN

¿El apetito generalmente es bueno? SI NO
 ¿Cólico o problemas de alimentación los primeros 3 meses? SI NO
 ¿Amamantado? SÍ NO / Fórmula SÍ NO Marca _____
 ¿Toma leche? SI NO
 ¿Come fruta? SI NO
 ¿Come verduras? SI NO

HISTORIA SOCIAL

Idioma que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____
 El niño vive con:
 Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Abuela _____
 Tía _____ Guardián _____ Padre / Madre Involucrado SÍ NO
 ¿Fumadores en casa? SÍ NO / Mascotas? SI NO

DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO

Edad en la que el niño:
 Sentado solo _____
 Camino _____
 Uso Oraciones / Discurso _____
 Dientes _____

NIÑO DE EDAD ESCOLAR

Grado en la escuela _____ Me gusta la escuela SÍ NO
 ¿Problemas en la escuela? SI NO
 ¿Problemas de aprendizaje? SI NO
 ¿Problemas de comportamiento? SI NO
 ¿Malos hábitos? SI NO
 ¿Enuresis? SÍ NO / Dormir bien SÍ NO
 ¿Fuma? SI NO
 ¿Usa drogas callejeras o ilegales? SI NO
 ¿Alguna afición o deporte? _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Enumere todos los parientes consanguíneos de su hijo que han tenido los siguientes problemas:

Alergias: _____
 Asma: _____
 Rinitis alérgica: _____
 Eczema: _____
 Desorden sanguíneo: _____
 Enfermedad mental: _____
 Problema de drogas: _____
 Cáncer: _____
 Trastorno de artritis / cadera: _____
 Epilepsia / Convulsiones: _____
 Problema de la enfermedad cardíaca / colesterol: _____
 Presión sanguínea alta: _____
 Migraña: _____
 Sordera: _____
 Diabetes: _____
 Problemas estomacales: _____
 Problemas tiroideos: _____
 Problemas de la vista: _____

Explique otras preocupaciones:

Lista de medicamentos:

FIRMA: _____ FECHA: _____