

## PACIENTE NUEVO QUESTIONARIO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si los padres trabajan, quien cuida al niño(a) durante ese tiempo? \_\_\_\_\_

### Embarazo y Nacimiento del niño(a):

Se enfermo la madre durante el embarazo? SI NO \_\_\_\_\_

Nacio el niño(a) a tiempo? SI NO \_\_\_\_\_

Cuanto peso el niño(a)? \_\_\_\_\_

Tuvo algun problema el bebe en el hospital? SI NO \_\_\_\_\_

En que hospital nacio tu bebé? \_\_\_\_\_

### Historia Medica del niño(a):

Quién ha sido el pediatra de su bebé hasta hoy? \_\_\_\_\_

Tiene alergias su niño(a) a comidas, medicinas, insectos o vacunas? SI NO \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido accidentes o cirugias? SI NO \_\_\_\_\_

Toma alguna medicina regularmente otra que Vitamina? SI NO \_\_\_\_\_

### Historial de la Familia:

Ambos padres tienen buena salud? SI NO \_\_\_\_\_

Cuales de las siguientes enfermedades ha tenido los abuelos(as), hermano(as), tio(as): anemia, asma, alergias, azucar en la sangre, presion alta, problemas del corazon, enfermedades mentales, hereditarias, venereas, adiccion a drogas, alcoholismo, cancer, SIDA o otra: \_\_\_\_\_

Ha fallecido alguno de sus hijo(a)s? SI NO \_\_\_\_\_

Hay algun fumador en su hogar? SI NO \_\_\_\_\_

Tienen alguna mascota en su casa? SI NO \_\_\_\_\_

### Historia clinica del niño(a):

Ha tenido convulsiones o problemas de sistema nervioso? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido infecciones de oido frecuentes? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido problemas con los dientes? SI NO \_\_\_\_\_

Le da resfriado o infección de garganta frecuentemente? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido asma, pulmonia, o tos recurrente? SI NO \_\_\_\_\_

Tiene soplo o problemas del corazon? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido infecciones de la orina? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido algun problema con diarrea o estreñimiento? SI NO \_\_\_\_\_

Padece de eczema, o otras condiciones de la piel? SI NO \_\_\_\_\_

Ha tenido anemia alguna vez? SI NO \_\_\_\_\_

Algun otro problema médico? \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_