



CUESTIONARIO NUEVO PACIENTE
LOS PADRES DEBEN LLENARLO

Sandra A. Hollenberg, M.D.
Pramila Agrawal, M.D.
Carrie Knoll, M.D.
James Warren, M.D.
Ericka Hong, M.D.
Kent Fung, M.D.
Toya A. Tillis, M.D.

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Nombre: _____
Ocupacion: _____ Account: _____
Nombre del padre: _____ Edad: _____ Fecha: _____
Ocupacion: _____
Si los adultos de la casa trabajan fuera de la casa, que arreglos para el cuidado de este nino/a se hacen _____

EMBARAZO Y PARTO

Edad de la madre al nacer el bebe: _____
Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? No Si
Tomo ella algunas medicaciones no incluyendo vitaminas y hierro No Si
Nacio el bebe a tiempo? No Si
Que peso al nacer? _____
Tuvo el bebe algun problema al empezar a respirar? No Si
Tuvo el bebe algun problema mientras en el hospital? Ictericia, infecciones, otra cosa? Que tipo? _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Donde ha ido su hijo/a para reconocimientos hasta ahora? _____
Fecha del ultimo examen fisico? _____
Fecha del ultimo examen dental? _____
Ha tenido su hijo/a reacciones alergicas a cualquier medicacion, alimento, mordida de insecto? No Si
Cuales? _____
Ha tenido su hijo/a reacciones a vacunas? No Si
Cuales? _____
Hospitalizaciones excluyendo el parto? No Si
Para que? _____
Heridas serias? No Si
Que tipo? _____
Esta su hijo/a tomando algun medicament regularmente? No Si
Cuales? _____

HISTORIA FAMILIAR

Ambos padres del nino/a estan en Buena salud? No Si
Ponga circulo a cualquier enfermedad que los padres, abuelos, hermanos, tios, o otros familiares de este nino han tenido:
anemia, asma, alergias, diabetes, alta presion, problemsas del Corazon, tuberculosis, enfermedad mental, problems
con drogas, problemas alcholicas, enfermedad heredada, cancer, SIDA, otras _____
Haga lista de hermanos/as pore edad, sexo y salud en general: _____

Ha muerto alguno de sus hijos? No Si

REPASO DE SISTEMAS

Su hijo/a ha tenido algunos de las siguientes problemas medicos?
Infecciones del oido frecuentemente? No Si
Problemas con los ojos? No Si
Problemas con los dientes? No Si
Resfriados o dolor de garganta con frecuencia? No Si
Asma, pulmonia, o tos que vuelve? No Si
Soplo cardiaco o problemas con el Corazon? No Si
Problema al orinar? No Si
Problemas con diarrea o estrenimiento? No Si
Convulsiones o otros problemas con el sistema nervioso? No Si
Eczema, urticaria o ostras condiciones con la piel? No Si
Ha estado anemico alguna vez? No Si

Favor de anorar cualquier otro problemas medica: _____

