



CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Porfavor complete este cuestionario lo mejor que pueda. Cuando termine este paquete lo va entregar a las enfermeras cuando les llamen para pasar. Este paquete es para darle un poco de informacion sobre el paciente al doctor. Gracias!

LA FECHA DE HOY (TODAY'S DATE):

NOMBRE DEL PACIENTE (PATIENT'S NAME):

FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH):

PEDIATRA DEL PACIENTE / DOCTOR DE CABECERA (PRIMARY CARE PHYSICIAN):

CUALQUIER MÉDICO SUBESPECIALISTA (MEDICO SUBSPECIALIST PHYSICIANS):

CUÁL ES LA RAZÓN POR LA CUAL EL PACIENTE FUE REFERIDO A NOSOTROS?

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos, las dosis, cuantas veces se utiliza, y aproximadamente cuando

Nombre del Medicamento	Dosis (dejar en blanco si no esta seguro)	Con que frecuencia por dia (o si no se utiliza regularmente escribir "a veces")	Aproximadamente cuando la medicina fue prescrita por primera vez
<i>Ejemplo: Flovent</i>	<i>40mcg, 2 inhalaciones</i>	<i>Cada 4 horas si es necesario</i>	<i>June 2003</i>

la medicina fue prescrita por primera vez.

CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS (DRUG ALLERGIES): SI NO

En caso de haber alergias, escriba los medicamentos y la reaccion:

VACUNAS (IMMUNIZATIONS)

Vacunas al corriente? (Up to date?) SI NO

Si **no** estan al corriente, que vacunas le hacen falta y por que? (If not, which have they not received and why?)

Ha recibido la vacuna contra la gripe en los ultimos 12 meses? (Did the patient receive the flu shot in the past 12 months?)

SI NO

Alguna reaccion alergica en el pasado con la vacuna de la gripe? (Any past allergic reaction to the flu shot?)

SI NO

ALERGIAS

El paciente tiene alguna alergia alimentaria (a la comida)? (Food allergies?) SI NO

En caso que si, a que y cual es su reaccion? (If **yes**, to what and what is their reaction?)

(e.g. cacahuetes – ronchas)

Tiene el paciente algun tipo de alergia estacional o hacia las mascotas?

(Does the patient have any seasonal or pet allergies?)

SI NO

En caso que si, en que o a que y cual es su reaccion? (If **yes**, to what and what is their reaction?)

(e.g. gatos – goteo nasal y picazon en los ojos)

Alguna vez le hicieron exámenes de alergia (piel o de sangre)? (Has the patient ever had any skin or allergy testing (skin or blood test)?)

SI NO

DIETA

Esta el paciente en alguna dieta especial? (Is the patient on any special diet?) SI NO

En caso que si, en cual? (If **yes**, what?) _____

Si el paciente es un bebe, todavia toma formula/leche de pecho, cuantas onzas come y el numero de veces en 24 horas? (If **patient is an infant**, on average, how many ounces per feed (if breastfeeding, how long) and how many feeds per 24 hours?)

(e.g. 3 oz., 8 veces per 24 horas)

Si el paciente se alimenta a travez del tubo de gastrostomia, que formula, cuanto le da, cuando se lo da, y por cuanto tiempo? (If **patient is on G-tube feed**, what is it, how much do you give, when do you give it, and over how long?)

(e.g. Peptamen Jr., 1 lata bolo 3 veces al dia + 3 latas de mas de 8 horas por la noche)

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL PACIENTE

El paciente nacio a tiempo completo? (Was the patient born on time?) SI NO

Si **no**, a los cuantos meses nacio? (Gestational age) _____

Cuanto peso el paciente al nacer? (Birth weight) _____

El paciente nacio por via vaginal o cesaria? Si **fue cesaria**, por que? (Vaginally or c-section? If c-section, why?)

Hubieron complicaciones en el parto? (Did the patient experience any complications upon birth?) SI NO

En caso **que si**, que tipo? _____

Cuantos dias tuvo que permanecer el paciente en el hospital despues de nacer? _____

(How many days was patient in the hospital when they were born?)

Tuvieron que permanecer en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)?

(Did they have to stay in the NICU?) SI NO

HOSPITALIZACIONES

El paciente ha estado hospitalizado? (Hospitalized?) SI NO

El paciente ha tenido que ir a la sala de emergencias? (ER?) SI NO

El paciente ha tenido alguna cirugia? (Surgeries?) SI NO

Si contesto en las preguntas de arriba, por favor explique que tipo de visita, fecha, y la razon de la visita:

Tipo de Visita <small>(i.e. ER, Hospital, Surgery)</small>	Fecha	Razon de la Visita

HISTORIA DE LA FAMILIA

Hay alguien en la familia biologica del paciente incluyendo (hasta 2 generaciones atras en abuelos) que padezcan/o hayan padecido de:	En caso que si , cual es su relacion con el paciente? (<i>e.g. la tia materna, el abuelo paterno</i>) <i>Nota: Materna = madre, Paterno = padre</i>
Alergia nasal, o alergias de temporada <small>(allergic rhinitis, seasonal allergies)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Muertes de infancia <small>(Childhood deaths)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fibrosis quistica <small>(CF)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Eczema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Problema del sistema inmunologico (es decir, neumonias recurrentes, infecciones recurrentes de la piel, HIV) <small>Immune system problems (e.g. recurrent pneumonia, recurrent skin infections, HIV)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad de celulas falciformes <small>(Sickle cell disease)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
De muerte subita del lactante inesperada <small>(sudden unexpected infant death)</small>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

HISTORIA SOCIAL

Por favor ponga a toda la familia que vive con usted:

(e.g. mama, papa, 2 hermanos, primo, abuelos)

Hay animals dentro/fuera de la casa? (Any pets?) SI NO *Cuales?* _____

Alguien fuma dentro/fuera de la casa? (Smokers?) SI NO *Quien?* _____

El paciente ha viajado fuera de Nevada en los ultimos 6 meses? (traveled in the past 6 months?) SI NO

A donde? _____

En que grado esta el paciente? (what grade is the patient in?) _____

Si demasiado pequeno para ir a la escuela, asiste a la guarderia o ninera? (daycare or babysitter?)

SI NO

Practica deportes el paciente? Que tipo de deportes? (Does the patient play any sports?) _____

El paciente tiene alguno de los siguientes sintomas:

Sintomas	SI	NO
Fiebre en los ultimos 7 dias? (Fever in the past 7 days?)		
Perdida de peso o aumento de peso? (Weight loss or poor weight gain?)		
Poca energia? (Poor energy?)		
Frecuente comezon en los ojos? (Frequent itchy eyes?)		
Nariz que moquea frecuente o congestion nasal? (Frequent runny nose or nasal congestion?)		
Episodios de color azul en la cara (e.g. labios, lengua)? (Episodes of turning blue in the face (e.g. lips, tongue)?)		
Dolor en el pecho con frecuencia? (Frequent chest pain?)		
Consancio cuando hace alguna actividad fisica? (Easily fatigues with exercise?)		
Falta de respiracion? (Shortness of breath?) DELETE ONE ALMOST THE SAME AS THE NEXT ONE		
Tiene dificultad para respirar / se contrae el pecho? (Working hard to breathe (e.g. chest retractions or deep sucking in of the skin in or around the bones of the chest)?)		
Respiracion ruidosa con frecuencia? (Frequent noisy breathing?)		
Se esoucha un silbido en el pecho? (Wheezing or whistling sound coming from their chest?)		
Tos frecuente durante el dia? (Frequent coughing during the day?)		
Tos frecuente durante el sueno? (Frequent coughing while asleep?)		
Dolor en el pecho con frecuencia, acidez, sabor amargo en la boca, dolor/nerviosismo entre 30 y 60 minutos despues de comer? (Frequent chest pains, heartburn, sour taste in mouth, spit-ups, or pain/fussiness within 30 -60 minutes after eating?)		
Diarrea?		
Las heces aparecen grasosas/o normalmente flotan en lugar de hundirse? (Stools that appear greasy/oily or typically float rather than sink?)		
Tos frecuente o ahogo al comer o beber? (Frequent coughing or choking while eating/drinking?)		
Ronquidos? (Snoring?)		
Le falta el aire durante el sueno? (Gasping for air while asleep?)		
Debilidad progresiva de los musculos? (Progressive weakness of muscles?)		
Dolores de cabeza frecuentes? (Frequent headaches?)		
Orina de color de sangre? (Blood colored urine?)		
Hinchazon de la cara, los brazos o las piernas? (Swelling of face, arms, or legs?)		
Facil aparicion de moretones en la piel? (Easy bruising of skin?)		
Sangra con lavarse los dientes o sangrado prolongado con cortaduras? (Bleeds with brushing teeth or prolonged bleeding with cuts?)		
Inflamacion de las articulaciones o enrojecimiento o dolor? (Joint swelling or redness or pain?)		
Ronches en la piel? (Rashes?)		
La depresion o pensamientos suicidas? (depression or suicidal thoughts?)		