

Cuestionario del Paciente

Fecha: _____

Página 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de las person completando esta forma: _____ Relacion de a paciente: _____



Alimento y Nutricion

Alegrias a comida? Apunte:				Buen apetito?	SI	NO
				Problemas comiendo los primeros 3 meses?	SI	NO
				Vitaminas?	SI	NO
				Colico en los primeros 3 meses?	SI	NO
Tomo de pecho:	SI		NO	# de meses tomando pecho		
Tomo formula	SI		NO	Tipo de formula		
Dieta especial	SI		NO	Si, explique:		
Explique la dieta especial:						

Informacion de Familia

Nombre de Mama:		Edad:		Grado mas alto:	
Nombre de Papa:		Edad:		Grado mas alto:	
Nombres y edades de hermanos/as del paciente:		Edad:			
		Edad:			
		Edad:			
		Edad:			

Historia Medica de Familia

Anemia/Problemas en la Sangre	SI		NO	Ataques cerebral	SI		NO
Asma	SI		NO	Enfermedad del Corazon	SI		NO
Retraso mental	SI		NO	Problemas de Drogas/Alcohol	SI		NO
Presion alta	SI		NO	Diabetes	SI		NO
Problemas de Colesterol	SI		NO	Dolores de Cabeza	SI		NO
Cancer	SI		NO	SIDA/VIH	SI		NO
Sindrome de la muerte subita infantil	SI		NO	Defectos de Nacimiento	SI		NO
Fibrosis Cistica	SI		NO	Distrofia Muscular	SI		NO
Tuberculosis	SI		NO	Artritis	SI		NO
Depresion	SI		NO	Problemas psiquiatricos	SI		NO
Alguien fuma en le hogar?	SI		NO	Si, quien?			

Desarrollo y Comportamiento

Edad cuando:				Desarrollo comparados a otros niños/as			
Sento solo		Camino		Escoge una:	Atrasado	Igual	Avanzado
Entrenado a usar el baño		Monto una bicicleta		Problemas aprendieno?		SI	NO
Problemas conductual	SI		NO	Si, explique problemas aprendiendo:			
Si, explique:							
Problemas orinandose	SI		NO	Apunte los deportes/intereses/actividades sociales:			
Si, explique:							
Guarderia/Preescolar	SI		NO				
Si, apunte el nombre y dias atendiendo:				Reconocimiento:			
				Firmando abajo, yo estoy de acuerdo que llene esta forma sinceramente.			
Si no, quien es responsable de cuidar a su niño/a durante el dia? (apunte nombre y relacion)				Firma:		Fecha:	
Comentarios:				Solo para uso oficial Recibio por:		Fecha:	

