

BRISTOL PARK

MEDICAL GROUP

Cuestionario de salud. De 0 a 11 años

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Fecha _____

Domicilio _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PASADAS

¿Alguna vez este niño/bebé ha tenido:

- | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| sarampión? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | fiebre reumática o trastornos cardíacos? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| paperas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | tuberculosis? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| varicela? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | anormalidades congénitas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| diabetes? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | otras enfermedades serias? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| cáncer? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | (Por favor especifique) _____ | | |

¿Alguna vez este niño/bebé:

- | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ha sido hospitalizado? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | se ha sometido a cirugía? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| (Por favor especifique) _____ | | | (please specify) _____ | | |

¿Alguna vez este niño/bebé ha:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| sufrido fracturas de huesos? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| sufrido contusiones o lesiones de la cabeza? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| perdido conciencia debido a un golpe? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

¿Este niño/bebé tiene:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| alguna alergia/sensibilidad? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Por favor especifique (alimentos, medicamentos, etc.) _____ | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES:	Si vive:		Si falleció		Alguna vez alguno de sus familiares consanguíneos han sufrido:
	Edad	Salud	Edad (al morir) y causa de muerte		
Padre					Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Madre					Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hermano/Hermana					Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

1. Peso al nacimiento _____ ¿Fue este un nacimiento prematuro?
2. ¿Considera que el crecimiento y desarrollo de este niño/bebé es normal?
3. ¿Cree que este niño/bebé recibe una alimentación adecuada?
4. ¿Cree que alguna vez ha abusado de su niño/bebé?
5. Si el niño está en la escuela, ¿en qué grado está? _____ ¿Cree que su progreso es normal?
6. ¿Tiene antecedentes de sufrir dolores de cabeza?
7. ¿Tiene antecedentes de sufrir dolores de estómago?
8. ¿Tiene algún problema con la piel?
9. ¿Está este niño/bebé tomando alguna medicina?
10. ¿Está este niño/bebé expuesto al humo de cigarrillos en el hogar?
11. ¿Cree que su niño/bebé está al corriente con las inmunizaciones?
12. ¿Hay alguna otra información importante que el médico deba saber?

Si tiene un registro de inmunizaciones, por favor preséntelo a la enfermera.