

División de Otorrinolaringología

Teléfono principal: 847 504-3300
Fax principal: 847-504-3305

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA

Fecha de la consulta: _____

Nombre del paciente: _____ Sobrenombre: _____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico que refiere: _____ Teléfono: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Alergia a medicamentos: Sí / No

Si la respuesta es sí, a qué y explique la reacción: _____

Medicamentos actuales: _____

¿Vacunas hasta la fecha? Sí / No Si la respuesta es no, ¿cuáles faltan? _____

Razón de la consulta de hoy: _____

Historia médica anterior

Por favor indique si tuvo enfermedades y/o lesiones importantes:

Historia del parto:

¿Problemas con el embarazo?	Sí	No	_____
¿El niño nació a término?	Sí	No	Número de semanas de gestación: _____
¿Problemas con/después del parto?	Sí	No	_____
¿Estuvo el niño en un respirador?	Sí	No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? _____
¿Tuvo el niño ictericia?	Sí	No	Si la respuesta es sí, ¿se utilizó transfusión? Sí No

Hospitalización: Sin tener en cuenta el nacimiento, ¿ha sido el niño hospitalizado? Sí No
 Si la respuesta es sí, indique la(s) edad(es) y la razón _____

Cirugía:
 ¿Ha tenido el niño alguna cirugía? Sí No
 Si la respuesta es sí, indique la(s) edad(es) y la razón _____

Revisión de sistemas:

¿Tiene el niño o ha tenido alguna vez problemas importantes con lo siguiente? (Si la respuesta es sí, por favor explique):

	<u>Marque con un círculo</u>	<u>Si la respuesta es sí, por favor explique</u>
<i>General:</i>		
Fiebre sin explicación	Sí No	_____
Poco aumento de peso/pérdida de peso	Sí No	_____
Problemas de nutrición	Sí No	_____
Dificultad para alimentarse	Sí No	_____
Trastornos genéticos	Sí No	_____

Oído, nariz y garganta

Infecciones de oído recurrentes	Sí No	Edad de la 1 ^a infección _____
Número de infecciones de oído en los últimos 6 meses _____		
Número de cursos de antibióticos en los últimos 6 meses _____		
Líquido persistente en el oído medio	Sí No	Duración (meses): _____
¿Cuándo fue la última vez que no tuvo líquido en el oído medio? _____		
Preocupación de posible pérdida de audición	Sí No	_____
Preocupación de que el desarrollo del lenguaje pueda no ser apropiado para la edad	Sí No	_____
Problemas de equilibrio	Sí No	_____
Hemorragias nasales	Sí No	_____
Congestión nasal	Sí No	_____
Sinusitis recurrente	Sí No	_____
Número de infecciones de sinusitis en los últimos 12 meses _____		
Número de días en general con síntomas antes de comenzar con antibióticos _____		
Duración de antibióticos usados para tratar la mayoría de las infecciones _____		
Amigdalitis recurrente	Sí No	Número de infecciones el último año _____
Número de episodios estreptococo (+) amigdalitis: este último año _____; el año anterior _____; el año anterior a ese _____		

Dificultad para dormir de noche	Sí	No	_____
Ronquidos	Sí	No	_____
Si ronca: fuerte y con obstrucción	Sí	No	_____
Retracciones/dificultad para respirar	Sí	No	_____
Se orina en la cama	Sí	No	_____
Respira por la boca durante el día	Sí	No	_____
Excesivo cansancio durante el día	Sí	No	_____
Hiperactividad	Sí	No	_____
Dificultad para masticar/tragar	Sí	No	_____
Se le sale la comida/líquido por la nariz cuando come y/o toma líquidos	Sí	No	_____

Ojos:

Usa lentes	Sí	No	Fecha del último examen _____
Infecciones/lesiones	Sí	No	_____
Otros problemas oculares	Sí	No	_____

Neurológico:

Dolores de cabeza	Sí	No	_____
Convulsiones	Sí	No	_____
Retardo del desarrollo	Sí	No	_____
Poco desarrollo de la motricidad gruesa	Sí	No	_____
Parálisis cerebral	Sí	No	_____

Musculo esquelético:

Huesos rotos	Sí	No	_____
Defectos del desarrollo	Sí	No	_____

Respiratorio:

Asma/enfermedad reactiva de las vías respiratorias	Sí	No	_____
Displasia broncopulmonar	Sí	No	_____
Ruido al respirar	Sí	No	_____
Dificultad para respirar	Sí	No	_____
Tos	Sí	No	_____
Bronquitis	Sí	No	_____
Neumonía	Sí	No	_____

Alérgico/Inmunológico:

Síntomas de alergia ambiental	Sí	No	_____
Síntomas perennes (todo el año)	Sí	No	_____
Síntomas estacionales	Sí	No	¿Qué estación(es)? _____
Síntomas de alergia a los alimentos	Sí	No	_____
Trastorno inmunológico	Sí	No	_____
Exámenes de alergia anteriores	Sí	No	¿A qué edad? _____
Alergista (Nombre/Consulta/Lugar)	_____		
Indique las reacciones positivas:	_____		
Alergias ambientales/a los alimentos–familiar	Sí	No	_____

Gastrointestinal:

Reflujo gastroesofágico Sí No Edad cuando se le diagnosticó _____
Examen de diagnóstico utilizado _____
Tratamiento indicado _____
Regurgitación/vómitos recurrentes Sí No _____
Volver a tragar con frecuencia Sí No _____
Irritabilidad después de comer Sí No _____
Estreñimiento crónico Sí No _____
Cambio reciente en los hábitos intestinales Sí No _____

Cardiovascular:

Defecto cardíaco congénito Sí No _____
Soplo al corazón Sí No _____

Trastornos hematológicos:

¿Ha tenido el niño cirugías, puntos por trauma o huesos rotos? Sí No _____
Si la respuesta es sí, ¿hubo más hemorragia de
lo esperado durante el procedimiento o después? Sí No _____
¿Tiene el niño más hematomas de lo normal? Sí No _____
Si es varón y fue circuncidado, ¿sangró más de lo esperado
después de la circuncisión? Sí No _____
¿Sangró cuando se le cayó el cordón umbilical? Sí No _____
¿Ha tenido el niño hemorragias nasales frecuentes? Sí No _____
¿Ha sangrado el niño más de lo normal al perder los
dientes de leche? Sí No _____
¿Toma el niño productos con aspirina o ibuprofeno? Sí No _____
Si es una niña grande, ¿tiene antecedentes de períodos
menstruales abundantes? Sí No _____
¿Ha necesitado el niño alguna vez una transfusión de
sangre debido a hemorragias prolongadas? Sí No _____
¿Tiene familiares directos con problemas hematológicos
hereditarios como hemofilia, von Willebrand o
deficiencia plaquetaria? Sí No _____
¿Tiene algún familiar directo que haya sido diagnosticado
con hemorragias espontáneas? Sí No _____

Hematológico/ Linfático

Anemia Sí No _____
Persistencia de ganglios o nódulos linfáticos inflamados Sí No _____
Transfusión de sangre Sí No ¿A qué edad? _____
Razón _____

Genital urinario:

Infecciones de vías urinarias Sí No _____
Otros defectos o anomalías Sí No _____

Intergumentario:

Eccema Sí No _____
Sarpullidos recurrentes Sí No _____
Otros defectos de la piel Sí No _____

Endócrino:

Diabetes Sí No _____
Defectos de la tiroides Sí No _____
Otros defectos hormonales Sí No _____

Psiquiatría

Depresión Sí No _____
Déficit de la atención Sí No _____
Problemas del comportamiento Sí No _____
Otras anomalías psiquiátricas Sí No _____

Historia familiar

¿Es el niño adoptado? Sí No _____
Si la respuesta es sí, indique la información que se conozca sobre su familia biológica.

Tiene familiares con: Marque con un círculo Si contesta sí, por favor explique:

Labio leporino/paladar hendido u otros defectos craneofaciales Sí No _____
Pérdida de audición no asociada con infección de oído Sí No _____
Trastornos inmunológicos Sí No _____
Hipertermia maligna Sí No _____
Otros problemas con la anestesia Sí No _____
Otras enfermedades importantes en la familia: Sí No _____

Si la respuesta es sí, por favor indique:

Familiar

Indique enfermedades importantes

Historia social

El niño viven en la casa con:

Madre	Sí	No	_____
Padre	Sí	No	_____
Hermanos	Sí	No	_____#hermanos _____#hermanas
Hogar adoptivo	Sí	No	_____
Mascotas	Sí	No	_____
¿Alguien en la casa fuma?	Sí	No	_____

¿El niño va a la guardería?	Sí	No	¿Días por semana? _____
¿Cuántos niños duermen en la habitación con el niño?	_____	¿Cuántos van a la guardería?	_____
¿El niño va a la escuela?	Sí	No	¿En qué grado está? _____
			¿Cuántas veces por semana? _____

Durante el mes pasado:

Viajes fuera del área	Sí	No	Lugar: _____
Viajes fuera de Estados Unidos	Sí	No	Lugar: _____

Según mi leal saber y entender, la información anterior es correcta.

X _____	_____
Firma del padre/madre/tutor	Fecha

Relación con el paciente

Para ser usado solamente por el médico:

He revisado la información anterior con el paciente.

_____	_____
Nombre y firma del médico	Fecha