



'Specially for Children
Endocrinología pediátrica

Antecedentes médicos del paciente nuevo

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____ sexo: M F

fecha: _____ persona que llena el formulario: _____ parentesco: _____

médico de cabecera: _____ médico que lo remite _____

teléfono de la casa (____) _____ celular(____) _____ correo electrónico: _____

Motivo de la remisión (queja principal): _____

Otros doctores que atienden al paciente: _____

Lista de medicinas que está tomando el paciente: _____

Alergias a medicinas: _____

Vacunas: al día falta alguna recibió la vacuna de la gripa en los últimos 12 meses? sí no

Antecedentes familiares: (aop/aap = abuelo paterno/abuela paterna, AOM/AAM = abuelo materno/abuela materna) *Por favor, marque los que sean pertinentes*

Parentesco con paciente	edad	esta tura	peso	presión arterial alta	diabetes	mal cardíaco	problema de tiroides	Colesterol alto/triglicéridos	Trastorno del sistema inmunológico (suprarrenal/lupus)
Madre									
Padre									
Hermano/a									
Hermano/a									
Hermano/a									
Hermano/a									
aop									
aap									
AOM									
AAM									

Por favor, díganos si alguien en la familia tiene alguno de los siguientes problemas y quién lo tiene :

Acné abundante S N _____ esterilidad S N _____ periodos irregulares S N _____

cáncer S N _____ insuficiencia suprarrenal S N _____ menopausia <40 yrs. S N _____

vello excesivo facial/corporal S N _____ otros/explicue: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ fecha: _____

Anamnesis del paciente:

Prenatal (antecedentes clínicos durante la gestación del paciente que vamos a ver hoy)

¿Cuánto subió de peso la madre durante el embarazo? _____ ¿Qué medicinas usó en ese lapso? _____

Complicaciones (subraye): sangrado vaginal / infección / diabetes gestacional / presión arterial alta / tiroides

Otro/s problema/s: _____

Parto (por favor subraye el/los indicado/s)

Inducido / vaginal espontáneo / cesárea prematura / a tiempo / tardía / complicaciones: S N

Si tuvo complicaciones, explique: _____

Periodo inmediato al nacimiento:

Peso al nacer: _____ estatura: _____ edad gestacional: _____ semanas

Marque si tuvo alguno de estos problemas: ictericia/ cianosis (azul)/ Hipoglucemia (azúcar baja en la sangre)

necesitó oxígeno / problemas cardíacos / problemas para comer / otros: _____

Crecimiento y desarrollo: (del paciente que vamos a evaluar)

Se sentó solo _____ Dijo su primera palabra _____

Le salió el primer diente _____ Avisó para ir al baño _____

Caminó solo _____ Primer diente permanente _____

Usted describiría el crecimiento de su niño como: rápido / lento / normal

Medidas comparado con sus compañeros: alto / bajo / gordo / delgado Desarrollo sexual rápido lento

En qué año va: _____ qué calificaciones saca: bajas / buenas / excelentes

Terapias: física / ocupacional / del habla / otra: _____ # veces por semana: _____ ninguna

Historial de enfermedades: (Por favor, enliste los problemas de salud y la edad que tenía el paciente cuando los tuvo)

Serios (*pulmonía, asma, apendicitis*): _____

Traumatismo: _____

Operaciones: _____

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes: golpe en la cabeza problema cardíaco apnea en el sueño

más de 2 huesos rotos

Otros: _____

Alergias ambientales: ninguna conocida. Haga una lista de alergias que sepa que su hijo tiene: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ fecha: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque el área del problema y describa.

Cabeza y cuello:

- dolores de cabeza: frecuentes u ocasionales glándulas hinchadas dolor de cuello
 problemas del oído o al escuchar problemas de ojos o visión

Sistemas nervioso central y musculoesquelético:

- ataques músculos débiles dolor de espalda dolor de las articulaciones
 dificultad al caminar temblores hormigueo de manos/pies habla torpe

Genitourinario:

- dolor al orinar se orina en la cama aumento de sed orina frecuentemente de noche
 candidiasis frecuente infecciones de las vías urinarias frecuentes maduró sexualmente pronto o tarde
 edad en que empezó a menstruar: _____ ¿cuántos días dura su periodo? _____ fecha del último periodo _____
Sus periodos son: regulares irregular sus periodos son dolorosos sangra entre periodos

Gastrointestinal:

- poco apetito dolor abdominal frecuente estreñimiento vomita frecuentemente
 apetito excesivo diarrea náuseas

Cardiovascular y respiratorio:

- Dificultad al respirar ronca tose con frecuencia se pone morado
 pecho oprimido se le corta la respiración sibilancia le late el corazón rápido
 palpitaciones dolor de pecho mareos se cansa pronto cuando hace ejercicio

General / fisiológico:

- cambio de humor dificultad para dormir se despierta cansado difícil de tolerar
 fatiga problemas de aprendizaje conducta problemas para enfocarse
 siente frío o calor con frecuencia impulsivo/hiperactivo problemas de drogas o alcohol
 se siente triste con frecuencia baja excesiva de peso aumento excesivo de peso
 somnolencia excesiva retraso del desarrollo se enferma con frecuencia

Piel:

- acné excesivo pérdida o adelgazamiento del pelo piel seca comezón en la piel
 estrías crecimiento excesivo de vello – ¿dónde? _____

OTROS PROBLEMAS: _____

Firma del proveedor: _____ fecha: _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ fecha: _____

Laboratorio / radiografías / ultrasonido / imagen por resonancia magnética:

¿El paciente ha tenido alguno de los siguientes exámenes relacionados con esta cita? (subráyelo/s)

Laboratorio radiografía tomografía computarizada imagen por resonancia magnética
electroencefalograma ECHO ultrasonido

¿Dónde le hicieron estudios?: _____

Antecedentes sociales:

Haga una lista de todos los miembros de la familia que viven en la casa y su parentesco con el paciente:

En que trabaja la madre: _____ el padre _____

¿Los padres viven juntos? S N tengo la patria potestad del paciente tutela compartida
soy padre/tutor del menor

Haga una lista de logros, intereses o dificultades que tiene el paciente en casa, la escuela u otro lado: _____

Haga una lista de cualquier otra información que podría ayudarnos a determinar las necesidades que pudiera tener el paciente: _____

Dieta y estilo de vida: Si usted está preocupado por el peso de su hijo/a, por favor complete lo siguiente:

Porciones al día: *jugo de fruta* ____ *refrescos* ____ *Gatorade* ____ *bebidas endulzadas* ____ *leche* ____
(subraye: *descremada*, 1%, 2%, *entera*) *comida chatarra*, *pizza*, o *comida para llevar* ____ veces por semana

Usualmente come alimentos de la *cafetería* _____ veces por semana. Pasa ____ horas al día practicando actividades físicas. Generalmente come *alimentos preparados en casa* ____ por semana. Pasa ____ horas al día viendo televisión/jugando videojuegos.

Como padre, ¿qué es lo que más le preocupa de los hábitos alimenticios de su hijo? _____

Por favor, haga una lista de los alimentos y entremeses que comió su hijo en las últimas 24 horas:

Desayuno: _____ refrigerio _____
Comida: _____ refrigerio _____
Cena: _____ refrigerio _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____



Nombre: _____ DOB: _____ DOS: _____

Cita en la clínica de diabetes de SFC

¿Hace cuánto ha tenido diabetes? _____ Nombre del médico primario _____
Nombre de la persona que llena el formulario _____ Parentesco con el paciente: _____

Alergias a medicamentos:

Vacunas: Al corriente No están al corriente ¿Le pusieron la vacuna para la influenza en los últimos 12 meses? Sí No

Desde la última cita:

¿Desde la última cita, ha tenido alguna enfermedad, cirugías, hospitalizaciones, algún hueso fracturado o ha ido a urgencias?
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor, explique y diga cuándo sucedió el problema: _____

¿Ha tenido un examen dental en el último año? Sí No Fecha: _____

¿Ha tenido un examen de los ojos en el último año? Sí No Fecha: _____

Insulina:

¿Qué tipo de insulina(s) usa? Humalog Novolog Apidra Regular NPH Lantus Levemir 70/30 75/25

¿Qué usa para administrar la insulina? Jeringas Jeringas con inyect-ez Plumas Bomba MARCA: _____

¿Dónde se inyecta la insulina? Brazos Piernas Caderas Estómago Otro: _____

¿Quién le administra la insulina en la escuela? Paciente Enfermera Maestro/otro adulto No estoy recibiendo insulina en la escuela

¿Qué dosis de insulina se administra en cada una de estas horas?

Desayuno: _____ ¿Proporción Insulina/Carbohidratos? _____

Comida: _____ ¿Proporción Insulina/Carbohidratos? _____

Cena: _____ ¿Proporción Insulina/Carbohidratos? _____

Refrigerios: _____ ¿Proporción Insulina/Carbohidratos? _____

¿Cuál es su factor de corrección? _____

Si utiliza una bomba, por favor, haga una lista de sus índices basales: _____

Medicamentos:

¿Qué medicamentos toma? Glucophage (metformin) _____ mg en el desayuno la comida la cena _____

Supervisión de glucosa en la sangre: Nombre de medidor(s) usado(s): _____

¿Cuántas veces al día en realidad se revisa la sangre? _____ ¿Cuándo se revisa? Desayuno Comida Cena Hora de irse a dormir

Otro _____

¿Trajo su medidor diario de revisiones ambos? ¿Se revisa en la escuela? Sí No Si es no, ¿por qué no? _____

¿Quién anota en el diario los niveles de glucosa en la sangre o baja la información del medidor? _____

Antecedentes sociales:

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ ¿Cuáles son sus calificaciones? _____

¿Quién está con el paciente hoy? Madre Padre Abuela Abuelo Tía Tío Hermano Hermana

¿Tiene educación física en la escuela? Sí No Si es sí, ¿cuántas veces por semana? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Minutos

¿En qué actividades participa? _____

¿Algún cambio muy importante en la casa como un bebé recién nacido, divorcio? _____

Firma del CDE: _____ Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ DOB: _____ DOS: _____

Cita en la clínica de diabetes de SFC

Comer nutritivamente:

¿Cuenta los carbohidratos? Sí No Si es sí, ¿qué tan bien cree que lo hace? Mal 1 2 3 4 5 Estupendamente
¿Toma alguna bebida azucarada? Sí No Si es sí, ¿con qué frecuencia? _____
¿Está eligiendo mejor su comida? Sí No ¿Cuántas veces a la semana consume comida rápida? _____
¿Cuántos carbohidratos consume en: Desayuno: _____ Refrigerio _____ Comida _____ Refrigerio _____ Cena _____ Refrigerio _____?
¿Ha consultado con un nutriólogo en el último año? Sí No ¿Cuándo? _____

Cuidados personales sobre diabetes:

¿Trae algo con usted para tratarse el nivel bajo de glucosa en la sangre? Sí No Si es sí, ¿qué es? _____
¿Trae insulina con usted? Sí No ¿Trae puesta la identificación de alerta médica? Sí No
¿Ha tenido niveles bajos glucosa muchas veces? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia y a qué hora del día? _____
¿Sabe qué causa los niveles bajos? Explique: _____

¿Ha necesitado glucagón desde la última cita? Sí No Si es sí, explique: _____

¿Ha tenido los niveles altos de glucosa muchas veces? Sí No Si es sí, ¿con qué frecuencia y a qué hora del día? _____

¿Ha tenido cuerpos cetónicos? Sí No Si es sí, explique: _____

¿Cuánto dura el frasco o la pluma de insulina? _____

Problemas de salud- por favor, marque lo que ha tenido desde la última cita

<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, frecuentes/ocasionales	<input type="checkbox"/> Lenguaje torpe	<input type="checkbox"/> Vómito frecuente	<input type="checkbox"/> Frecuentemente siente frío o calor
<input type="checkbox"/> Glándulas hinchadas	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Apetito en exceso	<input type="checkbox"/> Impulsivo/Hiperactivo
<input type="checkbox"/> Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Se siente triste frecuentemente
<input type="checkbox"/> Problemas de los oídos o la audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Acné en exceso
<input type="checkbox"/> Problemas de los ojos o la vista	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Adelgazamiento o perdida de cabello
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Se enoja frecuentemente	<input type="checkbox"/> Piel reseca
<input type="checkbox"/> Ronca	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> Comezón en la piel
<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Ronchas
<input type="checkbox"/> Se pone cianótico (azul)	<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Ronca	<input type="checkbox"/> Estrías
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Hormigueo en pies o manos	<input type="checkbox"/> Se despierta cansado	<input type="checkbox"/> Crecimiento de vello en exceso
<input type="checkbox"/> Opresión en el pecho	<input type="checkbox"/> Tiene sueño en el día	<input type="checkbox"/> Es insoportable	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Poco apetito	<input type="checkbox"/> Problemas para concentrarse	<input type="checkbox"/> Aumento de sed
<input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Problemas para aprender	<input type="checkbox"/> Orina mucho en la noche
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva	<input type="checkbox"/> Orina mucho en la noche
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Falta de energía	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de las vías urinarias

Sólo mujeres: Menstruaciones: Regulares Irregulares Dolores Manchado entre menstruaciones
 Fecha de última menstruación _____

Riesgos de salud- Sólo llenar si el paciente es mayor o tiene 13 años de edad y pida al paciente que llene los formularios y los entregue en la recepción

¿Maneja? Sí No ¿Te revisas los niveles de glucosa antes de manejar? Sí No
¿Fuma tabaco? Sí No ¿Cuántas veces al día? _____
¿Masca tabaco? Sí No ¿Cuántas veces al día? _____
¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuántas veces a la semana? _____
¿Es sexualmente activo? Sí No Si es sí, ¿Qué método? _____
¿Usa algún método anticonceptivo? Sí No

¿Qué desea saber hoy? _____

Firma del CDE: _____ Firma del proveedor: _____ Fecha: _____