



‘Specially for Children - Gastroenterología Pediátrica

Cuestionario sobre los antecedentes del paciente ‘SFC Account #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente (apellido, nombre e inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses.

Nombre de la persona que provee la información: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que da la información: \_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de los médicos o personas que solicitaron esta consulta:

Por favor, indique de qué se queja el paciente: \_\_\_\_\_

Por favor, indique los problemas que tiene su hijo:

(Por favor, marque Sí o No)	Sí	No		Sí	No
Regurgita			Vomita		
No come			Baja de peso		
Le duele el vientre			Tiene Diarrea		
Tiene sangrado			Tiene estreñimiento		
Accidentes de defecación			Fiebre		
Falta a la escuela			Problemas del hígado		
Otros problemas			Llora mucho/está irritable		

Por favor, haga una lista de otros problemas:

**VACUNAS:** (Encierre uno en un círculo)

¿Necesita alguna vacuna?    Sí    No

¿Alguna reacción que haya tenido a las vacunas?    Sí    No

**Antecedentes del nacimiento:**

Peso al nacer \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ oz.

¿En qué hospital nació el paciente? \_\_\_\_\_

Número de embarazos \_\_\_\_\_

(Encierre uno en un círculo)

¿Nació prematuramente su bebé?    Sí    No

¿Tuvo puesto el respirador?    Sí    No

¿Estuvo más de 2 días en la sala de recién nacidos?    Sí    No

¿Tuvo alguna complicación el paciente mientras estuvo ahí?    Sí    No

Haga una lista de las complicaciones por favor:

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

¿Tiene alergias el paciente a algún medicamento?    Sí    No    ¿A cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado alguna vez el paciente?    Sí    No    ¿Dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez alguna operación el paciente?    Sí    No    ¿Dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad grave el paciente?    Sí    No    Haga una lista por favor: \_\_\_\_\_

¿Toma regularmente medicamentos el paciente, incluyendo los de venta sin receta?    Sí    No

Si es sí, **POR FAVOR, ANÓTELOS ABAJO.** Asegúrese de incluir cualquier suplemento nutritivo, como vitaminas y antiinflamatorios no esteroides, como Motrin, Aspirina, Ibuprofeno o Aleve, etc.

MEDICAMENTO	CANTIDAD	FRECUENCIA	MOTIVO

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño lo siguiente?

(Por favor, marque Sí o No)	Sí	No		Sí	No
Problemas cerebrales o convulsiones			Asma		
Dolores de cabeza			Neumonía		
Problemas de los ojos			Problemas del corazón		
Problemas de oído			Problemas del estómago		
Problemas de la nariz			Problemas del hígado		
Problemas de la boca / garganta			Anemia		
Problemas de la piel			Alergias a alguna comida		
Otros problemas médicos			Sangrado grave		

Haga una lista de otros problemas: \_\_\_\_\_

**Antecedentes alimenticios:** ¿Qué come y bebe el paciente? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene alguna intolerancia a comidas? \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales:**

¿Los padres del paciente están separados/divorciados? Sí No  
 ¿Es padre soltero o madre soltera? Sí No  
 ¿Es deficiente el aprovechamiento del paciente en la escuela? Sí No      ¿Está faltando su hijo a la escuela? Sí No  
 ¿El paciente está involucrado en algún programa/terapia especial? Sí No      Si es así, ¿cuáles son? \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares** (los antecedentes familiares deben incluir información de hermanos/hermanas, padres, tías/tíos y/o abuelos)

¿Existen antecedentes familiares de lo siguiente?

(Por favor, marque Sí o No)	Sí	No		Sí	No
Alergias a medicamentos o comida			Enfermedad de Crohn o colitis		
Asma			Intestino irritable o colon espástico		
Anomalías de nacimiento			Intolerancia a la leche		
Cáncer en los niños			Úlceras estomacales		
Fibrosis quística			Sangrado intestinal		
Enfermedad celíaca			Cáncer intestinal		
Hepatitis			Pólipos intestinales		
Cálculos en la vesícula			Otros problemas intestinales		
Pancreatitis			Problemas de la tiroides u otras glándulas		
Otra(s) enfermedad(es) renal(es)			Convulsiones		
Otros problemas médicos					

¿Existe alguna otra enfermedad que sea hereditaria en su familia?

\*¿Cuál de estas situaciones presenta especial preocupación en la planeación de la atención médica para el paciente?  
 -Marque los que correspondan-

El cuidado de niños       Seguro médico u otras preocupaciones económicas       El horario de trabajo de los padres

Otro miembro de la familia con necesidades especiales       Otro \_\_\_\_\_

Por favor, explique los puntos que marcó arriba y/o proporcione la información adicional sobre su familia, que nos ayudaría en la planeación de la atención médica del paciente:

\_\_\_\_\_