



CHILDREN'S HOSPITAL
SUB-SPECIALISTS
OF CENTRAL TEXAS
A member of the
STON Healthcare Network

'Specially For Children -- Neurología pediátrica
Formulario de información para paciente nuevo

Fecha de hoy _____

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Su nombre _____

Parentesco con el paciente _____

Doctor primario del niño(a) y número de teléfono:

Otros médicos que deban recibir una copia de nuestro reporte; incluya # de teléfono:

Problema del niño(a):

Medicamentos actuales (o vea la lista adjunta):

Medicamento

Dosis

Frecuencia

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Haga una lista de cualquier alergia u otros problemas causados por medicamentos

¿Ha tenido su niño(a) alguno de los siguientes exámenes?

<u>Examen</u>	<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Resultados</u>	
MRI (Resonancia magnética)	_____	_____	Normal	Anormal
CT (Tomografía computarizada)	_____	_____	Normal	Anormal
EEG (Electroencefalograma)	_____	_____	Normal	Anormal
Otros exámenes:				

Antecedentes médicos

Antecedentes de nacimiento:

¿Nació prematuro su niño(a) o después de nueve meses de embarazo? Prematuro

___ Término completo ___

Si fue prematuro, ¿cuántas semanas fueron de gestación? Peso al nacer _____

¿Se le realizó cesárea? Sí No

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? Sí No

¿El bebé se fue a casa con usted luego de dejar el hospital? Sí No

Si no fue así, ¿cuánto tiempo se quedó el bebé en el hospital?

¿Su niño(a) alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía?

Edad _____ Motivo _____

Edad _____ Motivo _____

Edad _____ Motivo _____

¿A su niño(a) le han puesto todas las vacunas que se requieren para su edad?

Sí No No estoy seguro(a)

¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido algo de lo siguiente, SI o NO? Si es sí, ¿cuándo?

Convulsión: Con fiebre _____ Sin fiebre _____

Lesión en la cabeza _____ Pérdida del conocimiento _____

Dolor de cabeza severo _____ Problemas para oír _____

Problemas de la visión _____ Soñar despierto frecuentemente _____

Problemas para dormir _____ Fatiga _____

Vómito inexplicable _____ Pérdida del equilibrio _____

Debilidad de las extremidades _____ Parálisis de las extremidades _____

Adormecimiento/Hormigueo _____ Visión doble _____

¿Su hijo(a) tiene algún problema de los siguientes, SI o NO?

Asma/Sibilancia _____ Tos/Problemas de respiración _____

Escurrimiento nasal/Dolor de garganta _____ Úlceras _____

Intolerancia al calor/frío _____ Problemas de tiroides _____

Palpitaciones/Hinchazón/Dolor en el pecho _____ Vómito/Diarrea _____

Orinar frecuentemente o dolor a orinar _____ Estreñimiento _____

Pérdida o aumento de peso _____ Ganglios linfáticos hinchados _____

Sarpullidos _____ Moretones o sangrado _____

Dolor en las articulaciones _____ Depresión/Ansiedad _____

Problemas de comportamiento/agresión _____

¿Un especialista (doctor de los ojos, del corazón, de los pulmones, etc.) ha visto alguna vez a su niño(a)?

Sí No Si lo ha visto un especialista, ¿quién es? _____

Desarrollo

¿A qué edad su niño(a) adquirió las siguientes habilidades?

Voltearse boca arriba y boca abajo _____ Sentarse _____ Gatear _____

Caminar _____

Primeras palabras _____ Hablar en oraciones _____

Ir al baño solo(a) _____

¿Su niño(a) ha recibido terapia física? _____

¿Su niño(a) ha recibido terapia del lenguaje? _____

Si es así, ¿qué tan frecuente recibe terapia? _____

Si es así, ¿dónde la recibe? _____

Nivel de escolaridad Escuela _____

¿Ha recibido apoyo educativo? Sí No

¿Ha recibido educación especial? Sí No

¿En la escuela hay algún problema de lo siguiente?

Lectura _____ Motivación _____

Atención _____ Comportamiento _____

Relación con niños de su edad _____ Relación con sus maestros _____

Familia

Por favor, haga una lista de las edades de todos los hermanos y hermanas:

¿Quién de la familia ha tendido alguno de estos problemas? Favor de incluir padres, hermanos, hermanas, tías, tíos, abuelos y primos.

Convulsiones _____ Discapacidades de aprendizaje _____

Migrañas o dolores de cabeza _____ Enfermedades genéticas _____

Depresión _____ Trastorno bipolar _____

Autismo _____ Problemas de atención _____

Tumor cerebral _____ Drogadicción _____

Retraso mental _____ Trastornos de movimiento/Tics _____

¿Hay algún otro problema médico que sea hereditario en la familia?

Social

¿Quién vive en la casa con su niño(a)?

Los padres están: Casados Divorciados Separados Nunca se han casado

Ocupación de los padres:

Padre: _____ Madre: _____

¿Hay alguna información adicional que le gustaría que supiera el médico?

¿Hay algunas preguntas específicas que le gustaría hacer en esta cita?

Reviewed entire form (pg. 1-5) with patient/ family _____
Provider Initials & date