

Nombre de Niño: _____

MRN: _____

Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO PEDIATRICO

Nombre de Madre: _____ Edad: _____ Ocupacion: _____

Telefono (casa): _____ Telefono (trabajo): _____

Telefono (celular): _____

Nombre de Padre: _____ Edad: _____ Ocupacion: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono (trabajo): _____

Telefono (celular): _____

Hermanos : (Nombre/Edad): _____

Medico Previo: _____

Datos del Nacimiento:

¿La madre tomo medicamentos, drogas, alcohol, o fumo durante el embarazo? No / Si

Esplique: _____

¿Hubieron problemas con el embarazo? No / Si

Esplique: _____

El parto fue vaginal/Cesarea/forceps/vacum: (marque uno)

¿Hubieron problemas con el parto? No / Si

Esplique: _____

Peso del bebe: _____ De Largo: _____

Tipo de Sangre de madre: _____ Tipo de Sangre de bebe: _____

¿He da formula o de pecho? (marque uno) No / Si

¿Ha sido su niño hospitalizado? No / Si

Esplique: _____

¿Ha sido su niño cirugia? No / Si

Esplique: _____

¿Ha sido su niño enfermedades o accidents serios? No / Si

Esplique: _____

¿Ha sido su niño problemas con comer? No / Si

Esplique: _____

¿Ha sido su niño problemas con eliminacion? No / Si

Esplique: _____

¿Parece que se esta desarrollando normalmente? No / Si

Esplique: _____

¿Su niño usa siempre silla de auto? No / Si

¿Su niño es expuesto al humo de cigarillo? No / Si

¿Tiene algunas preocupaciones hoy? No / Si

Esplique: _____

¿Tiene su niño algunas alergias o ha tenido reaccion a alguna vacuna? No / Si

Esplique: _____

Por favor entregue a la enfermera los records de vacunas de su niño.

Marque cualquier problema medico de qu podecen en su familia o la de su esposo(a):

anemia depresion problemas geneticos problemas de riñon asma diabetes rinitis alergico
problemas de higado problemas de las tiroides defectos de nacimiento muerte prematura cancer
problemas de corazon retardados mentales tuberculosis eczema presion alta convulsiones

Por Favor Esplique: _____

Su Nombre: _____ Relacion al paciente: _____ Fecha: _____

Fecha revisada: _____ Por: _____ MD/NP/PA