



# Antecedentes pediátricos

Responda todas las preguntas

## ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Quién vive en la casa con el niño? (Marque todo lo que corresponda)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| padres <input type="checkbox"/>            | hermanas <input type="checkbox"/>  |
| madre <input type="checkbox"/>             | abuela <input type="checkbox"/>    |
| padre <input type="checkbox"/>             | abuelo <input type="checkbox"/>    |
| padres de acogida <input type="checkbox"/> | tía <input type="checkbox"/>       |
| hermano <input type="checkbox"/>           | tío <input type="checkbox"/>       |
| hermanos <input type="checkbox"/>          | vive solo <input type="checkbox"/> |
| hermana <input type="checkbox"/>           | otros <input type="checkbox"/>     |

Estado civil del padre/madre:

- soltero/a  casado/a  separado/a  divorciado/a  viudo/a

Custodia: padre/madre  custodia compartida  tutor  padre/madre de acogida  abuelo/a

Cuidado infantil (distinto de la escuela):

- niñera  niñera que vive en el hogar  abuelo/a  otro pariente

¿El niño va a la guardería?  sí  no

Exposición al humo del tabaco:

NINGUNA

Marque quién fuma en el interior de la casa:

- madre  padre  familiar  cuidador

Marque quién fuma afuera de la casa:

- madre  padre  familiar  cuidador

¿El paciente fuma?  actualmente (todos los días)  en el pasado   
 actualmente (algunos días)  nunca

Idioma que se habla en el hogar (marque todo lo que corresponda):

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| inglés <input type="checkbox"/>        | canarés <input type="checkbox"/>    |
| árabe <input type="checkbox"/>         | coreano <input type="checkbox"/>    |
| chino <input type="checkbox"/>         | maratí <input type="checkbox"/>     |
| holandés <input type="checkbox"/>      | ruso <input type="checkbox"/>       |
| farsi (persa) <input type="checkbox"/> | español <input type="checkbox"/>    |
| francés <input type="checkbox"/>       | tagalo <input type="checkbox"/>     |
| alemán <input type="checkbox"/>        | tamil <input type="checkbox"/>      |
| gujarati <input type="checkbox"/>      | telugu <input type="checkbox"/>     |
| hindi <input type="checkbox"/>         | tailandés <input type="checkbox"/>  |
| italiano <input type="checkbox"/>      | urdu <input type="checkbox"/>       |
|  | vietnamita <input type="checkbox"/> |

Mascotas:

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| NINGUNA <input type="checkbox"/>  | jerbo <input type="checkbox"/>   |
| perro(s) <input type="checkbox"/> | hámster <input type="checkbox"/> |
| gato(s) <input type="checkbox"/>  | caballo <input type="checkbox"/> |
| pájaro <input type="checkbox"/>   | conejo <input type="checkbox"/>  |
| pez <input type="checkbox"/>      | reptil <input type="checkbox"/>  |
|                                   | tortuga <input type="checkbox"/> |

Do not write, stamp,  
punch holes or affix a  
sticker in this area.

Direction of Feed

## Antecedentes pediátricos

Responda todas las preguntas

To reproduce, follow the  
printing instructions.  
Do not fold this form.

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todas las cirugías que ha tenido su hijo. Si no tuvo ninguna,  
marque "El paciente NO HA TENIDO CIRUGÍAS".

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> El paciente NO HA TENIDO CIRUGÍAS | <input type="radio"/> reparación de hernia                |
| <input type="radio"/> extracción de apéndice            | <input type="radio"/> cirugía de tumor cerebral           |
| <input type="radio"/> hueso(s) roto(s)/fractura(s)      | <input type="radio"/> cirugía de médula anclada           |
| <input type="radio"/> descompresión de Chiari           | <input type="radio"/> extracción de amígdalas y adenoides |
| <input type="radio"/> inserción de tubos en los oídos   | <input type="radio"/> derivación ventriculoperitoneal     |
| <input type="radio"/> cirugía de corazón                | <input type="radio"/> otras cirugías                      |

### ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO

El paciente nació: a tiempo  prematuro  después de la fecha de parto

El parto fue: vaginal  por cesárea

Peso al nacer:

<b>libras</b>		1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>		
		2 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>		
<b>onzas</b>	0 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	12 <input type="radio"/>	14 <input type="radio"/>
	1 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>	13 <input type="radio"/>	15 <input type="radio"/>

¿La madre tuvo algún problema con el embarazo? sí  no

¿El bebé tuvo algún problema después del parto? sí  no

¿El bebé se quedó en el hospital después de que la mamá recibió el alta? sí  no

Forma de alimentación amamantó  biberón  ambos

Si amamantó, cantidad de meses que lo hizo:

1-5 <input type="radio"/>	11-15 <input type="radio"/>	21-25 <input type="radio"/>	31-35 <input type="radio"/>
6-10 <input type="radio"/>	16-20 <input type="radio"/>	26-30 <input type="radio"/>	36 o más <input type="radio"/>

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo alguna vez estuvo hospitalizado? sí  no

¿Su hijo tuvo alguna enfermedad crónica o afección médica grave? sí  no

¿Su hijo tuvo algún accidente o lesión grave? sí  no

¿Cómo es el desarrollo de su hijo comparado al de otros niños de su edad?  
promedio  más rápido  más lento

Vacunas: el niño no recibió ninguna  algunas  todas sus vacunas están al día

El niño tiene antecedentes de (marcar todo lo que corresponda):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> autismo                    | <input type="radio"/> migrañas               |
| <input type="radio"/> problemas hemorrágicos     | <input type="radio"/> neurofibromatosis      |
| <input type="radio"/> tumor cerebral             | <input type="radio"/> fue prematuro          |
| <input type="radio"/> defecto cardíaco congénito | <input type="radio"/> trastornos convulsivos |
| <input type="radio"/> trastorno genético         | <input type="radio"/> médula espinal bífida  |
| <input type="radio"/> hidrocefalia               | <input type="radio"/> TGD/TDAH               |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

Poco interés o placer en hacer las cosas

Sentirse triste, deprimido o sin esperanza

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SAMPLE