



CUESTIONARIO DE SALUD (INFANTIL/ NIÑO)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pediatra o proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón para que hoy visiten? \_\_\_\_\_

¿Se ha evaluado el paciente por un cardiólogo antes? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Table with 2 columns for symptoms: Respiración rápida, Falta de aire con el esfuerzo, Color azulado (cianosis), Sudoración durante el alimentación, Dificultad para respirar durante la alimentación; Hinchazón de la cara, las manos o las piernas, Tos, desmayarse, Latidos acelerados, Dificultad con la ganancia de peso o crecimiento.

Table with 2 columns for other problems: Dolores de cabeza, Ojos, Oído, nariz, garganta alimentación, La diarrea crónica o estreñimiento, Riñón o vejiga, musculatura, huesos; Convulsiones, retraso en el desarrollo, Piel, Sangrado, Moretones, Alergias, Diabetes, Salud Mental.

Table for medication: ¿Su hijo toma algún medicamento?: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. Columns: Si es "sí", cuales son los medicamentos?, Cuánto?, ¿Con qué frecuencia?.

Table for allergies: Tiene su niño(a) reacciones alérgicas a las drogas o comidas?: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No. Columns: Si es "sí", cuáles?.

Historia de Salud			
	Si	No	Comentario:
Problema durante el embarazo?			
Cesárea?			
Problemas Después de Embarazo?			
El peso al nacer del niño			
¿Fue su hijo prematuro?			
¿Su hijo tiene algún problema de salud crónico?			
Hospitalizaciones pasadas?			
Procedimientos Quirúrgicos pasado?			
¿Su hijo está alimentado a través de un tubo?			
¿Qué come su hijo?	___ leche Materna ___ Formula ___ alimentos regulares		

Inmunizaciones
¿El paciente está al día con sus vacunas / inmunizaciones?  Si no es así, que la inmunización no se ha tomado?

Historia Familiar		
Miembro de la Familia	Edad	Problemas médicos
Madre biológica		
Padre biológico		
Hermana (s)		
Hermano (s)		
¿Alguien en su familia nació con un defecto en el corazón?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia murió de repente a una edad temprana?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia requiere un marcapasos?	___ Si ___ No	Describe:
¿Algún miembro de la familia han tenido ataques cardíacos tempranos? (hombres <55 años Soltero, mujeres <65yo)	___ Si ___ No	Describe:
¿Tiene alguno de estos problemas a ambos lados de su familia? Marque todas las que apliquen.		

Firma

Fecha

Escriba el nombre / Relación con el paciente