



# Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, MD PA

2700 SW 3 Avenue, Suite 1-F  
Miami, Florida 33129  
Tel: (305) 285-2574  
Fax: (305) 285-5505

## CUESTIONARIO DE HISTORIA INICIAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Previamente atendido/tratado por: \_\_\_\_\_

### FAMILIA/HOGAR

Nombre del niño/a	Parentesco	Edad	Problemas Medicos	¿Algún hermano/hermana no vive en su hogar? Donde?
_____	_____	_____	_____	Si la madre y el padre no viven juntos, o el niño/a no vive en su hogar, ¿cual es la condición de la custodia del niño/a?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	¿Cuan frecuentemente ve el niño/a al otro padre?
				_____

### HISTORIA DEL NACIMIENTO

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ ¿Nació a tiempo?  Si  No ; Si temprano/tarde, ¿cuantas semanas de embarazo? \_\_\_\_\_

¿Algún problema con el embarazo (hospitalización, tuvo que tomar medicamentos, etc.)?  Si  No \_\_\_\_\_

¿Algún medicamento durante el embarazo?  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_

Cuando la madre estaba embarazada:  Ingirió alcohol  Fumaba  Usaba drogas? \_\_\_\_\_

¿Fue el parto  vaginal OR  cesárea; Si cesárea, porque? \_\_\_\_\_

¿Tuvo su bebe algún problema inmediatamente después de nacer?  Si  No \_\_\_\_\_

¿Se fue el bebe con su madre del hospital?  Si  No \_\_\_\_\_

### GENERAL

¿Considera que su niño/a es saludable?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguna enfermedad seria o condición medica?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido su niño/a algún herida o accidente serio?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Ha sido sometido su niño/a a alguna cirugía?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño/a hospitalizado alguna vez?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Es su niño/a alérgico a alguna medicina o droga?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

### DEVELOPMENT

¿Tiene usted alguna preocupación referente a:

El desarrollo físico de su niño/a?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

El desarrollo mental /emocional de su niño/a?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

El nivel atencional de su niño/a?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

Si su niño/a esta en el colegio:

Le preocupa su conducta en el colegio?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

Ha fallado o repetido un grado?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

Tiene problemas en materias académicas (Ingles, Matemáticas)?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

Esta en clases especiales o de recurso?  Si  No EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Have any family members had the following:

Problemas visuales o auditivos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Alergias Nasales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades Cardíacas (<50 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Hipertensión (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Anemia o sangramiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Incontinencia urinaria (después de los 10 años)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Abuso de alcohol/ abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades mentales (psiquiátricas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Retardación Mental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Problemas Inmunológicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Enfermedades gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quien: _____	Comentarios: _____

Historia Familiar Adicional: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA PASADA DEL PACIENTE**

Ha tenido o tiene su niño/a alguno de los siguientes:

Cirugías	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando/Tipo: _____
Varicelas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando: _____
Dolores frecuentes de cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas con la visión o audición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Frecuentes infecciones de oídos o garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Alergias nasales/ Alergias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Asma, Bronqueolitis, Pulmonía	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Cualquier problemas del corazón, soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Anemia o sangramientos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando/Circunstancia: _____
Diarrea/vómitos/estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Infección de orina o riñones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando: _____
Mojar la cama después de los 5 años	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
(PARA NIÑAS) ¿comenzó su menstruación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quando: _____
(PARA NIÑAS) problemas con sus periodos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas de la piel crónicos o	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas neurológicos (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Problemas endocrinológicos (tiroides, diabetes)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Explique: _____

Otros problemas: \_\_\_\_\_