

Pediatric Specialists of Texas | Cuestionario Sobre los Antecedentes Gastroenterológicos

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____ Hombre / Mujer

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Apodo: _____

Pasatiempos: _____ ¿Cuál es su relación con el paciente? _____

Razón de esta visita, estado en el que se encuentra su enfermedad y cuando empezó: _____

¿Qué síntomas tiene su niño(a)? _____

¿Qué es lo que más le preocupa? _____

¿Tiene alguna alergia (a algún medicamento o a algún alimento)? _____

HISTORIA CLÍNICA ACTUAL O PASADA: Por favor marque con una X si su niño(a) tiene o ha tenido problemas con cualquiera de lo siguiente:

Oídos _____	Pulmones _____	Sistema Nervioso _____	Poco Apetito _____
Ojos _____	Corazón _____	Endócrino _____	Se Cansa Fácilmente _____
Nariz _____	Sangre _____	Infecciones _____	Problema para Dormir _____
Garganta _____	Riñones _____	Pérdida de Peso _____	Problemas Menstruales _____
Dientes _____	Músculos _____	Crecimiento Deficiente _____	Alergias _____
Cuello _____	Huesos _____	Obesidad _____	

Por favor anote todos los medicamentos que está tomando el (la) niño(a) actualmente. Por favor incluya la dosis y la frecuencia.

Nombre del Medicamento	Dosis/Que tan seguido lo toma
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

¿Ha tenido su niño(a) alguna cirugía? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo de cirugía tuvo su niño(a)? _____

¿A qué escuela va su niño(a)? _____

¿En qué año va? _____ ¿Tiene su niño(a) problemas en la escuela? _____

¿Tiene su niño(a) problemas en la casa o con los amigos? _____

El (la) niño(a) vive con: Ambos Padres _____ Con la Mamá _____ Con el Papá _____
Con el padrastro/madrastra _____ Con los padres sustitutos _____ Con los abuelos _____
Con otros parientes _____

¿El (la) niño(a) es adoptivo(a)? Sí o No

Por favor marque con una X si hay antecedentes familiares de lo siguiente:

Cáncer _____ Diabetes _____ Cardiopatía _____ Enfermedad Hepática _____
Úlceras _____ Colitis _____ Enfermedad Renal _____ Enfermedad de Crohn _____
Presión Arterial Alta _____ Fibrosis Quística _____ Otra _____

Dieta actual o fórmula: _____ **¿Fue alimentado al pecho?** Sí o No

¿Cuál es la dieta que sigue su niño(a)? ___ Regular ___ Sin gluten ___ Baja en grasa

*****Fórmula Especial***** _____ Otra (Especifique) _____

Por favor anote el nombre de la fórmula _____

¿Cuántas onzas o mililitros toma? _____

¿Qué tan seguido la toma? _____

La fórmula la toma: ___ Oralmente ___ por Sonda Gástrica ___ por Sonda Nasogástrica

¿Cómo es el apetito del niño ?

¿Qué tan seguido tiene su niño(a) una evacuación? ___ Veces al día o ___ Veces a la semana

Sus evacuaciones son: ___ Normales ___ Pastosas ___ Duras o Estreñidas ___ Aguadas

¿Se puede ver sangre en sus evacuaciones? ___ Sí ___ No

¿Cuál es el laboratorio de preferencia para su seguro médico? _____

¿Ha tenido su niño(a) alguna prueba de laboratorio, radiografía o algún procedimiento ordenado por nuestra oficina desde su última visita? Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, ¿Dónde se hicieron? _____ Methodist Hospital _____ NC Baptist Hospital
_____ Lab Corp _____ Quest _____ CPL _____ Other (Especifique)

¿Trajo usted algún reporte o resultados de pruebas de laboratorio u otros estudios que fueron ordenados por otros médicos?

Sí _____ No _____ (Por favor entregue a la recepcionista para que haga una copia)

Pediatra: _____

¿Su niño(a) fue referido(a) por su pediatra? Sí ___ No ___

Si no, ¿Por quién fue referido(a)? : _____

(Para los niños mayores de 13 años) ¿Fume este niño? Sí ___ No ___

Office Use Only

Ht _____ Wt _____ Temp _____ Pulse _____ Resp _____ BP _____