



**CUESTIONARIO NUEVO PACIENTE**  
LOS PADRES DEBEN LLENARLO

Frederick A. Lauppe, M.D.  
Sandra A. Hollenberg, M.D.  
Pramila Agrawal, M.D.  
Carrie Knoll, M.D.  
James Warren, M.D.  
Ericka Hong, M.D.

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Account: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Si los adultos de la casa trabajan fuera de la casa, que arreglos para el cuidado de este nino/a se hacen \_\_\_\_\_

**EMBARAZO Y PARTO**

Edad de la madre al nacer el bebe: \_\_\_\_\_  
Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo? No Si  
Tomo ella algunas medicaciones no incluyendo vitaminas y hierro No Si  
Nacio el bebe a tiempo? No Si  
Que peso al nacer? \_\_\_\_\_  
Tuvo el bebe algun problema al empezar a respirar? No Si  
Tuvo el bebe algun problema mientras en el hospital? Ictericia, infecciones, otra cosa? Que tipo? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA PASADA**

Donde ha ido su hijo/a para reconocimientos hasta ahora? \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen fisico? \_\_\_\_\_  
Fecha del ultimo examen dental? \_\_\_\_\_  
Ha tenido su hijo/a reacciones alergicas a cualquier medicacion, alimento, mordida de insect? No Si  
Cuales? \_\_\_\_\_  
Ha tenido su hijo/a reacciones a vacunas? No Si  
Cuales? \_\_\_\_\_  
Hospitalizaciones excluyendo el parto? No Si  
Para que? \_\_\_\_\_  
Heridas serias? No Si  
Que tipo? \_\_\_\_\_  
Esta su hijo/a tomando algun medicament regularmente? No Si  
Cuales? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Ambos padres del nino/a estan en Buena salud? No Si  
Ponga circulo a cualquier enfermedad que los padres, abuelos, hermanos, tios, o otros familiares de este nino han tenido:  
anemia, asma, alergias, diabetes, alta presion, problems del Corazon, tuberculosis, enfermedad mental, problems  
con drogas, problemas alcholicas, enfermedad heredada, cancer, SIDA, otras \_\_\_\_\_  
Haga lista de hermanos/as pore edad, sexo y salud en general: \_\_\_\_\_

Ha muerto alguno de sus hijos? No Si

**REPASO DE SISTEMAS**

Su hijo/a ha tenido algunos de las siguientes problemas medicos?  
Infecciones del oido frecuentemente? No Si  
Problemas con los ojos? No Si  
Problemas con los dientes? No Si  
Resfriados o dolor de garganta con frecuencia? No Si  
Asma, pulmonia, o tos que vuelve? No Si  
Soplo cardiaco o problemas con el Corazon? No Si  
Problema al orinar? No Si  
Problemas con diarrea o estrenimiento? No Si  
Convulsiones o otros problemas con el sistema nervioso? No Si  
Eczema, urticaria o ostras condiciones con la piel? No Si  
Ha estado anemico alguna vez? No Si

Favor de anorar cualquier otro problemas medica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_