

## Cuestionario de salud pediátrica / adolescente

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor / Relación: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_ Alternativo #: \_\_\_\_\_

Nombre del médico y #: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

### **¿El/La paciente tiene o tuvo alguno de los siguientes?**

- Si  No Alergias? (Alimentos, medicamentos, látex, de temporada, etc.) ¿Qué sucede? \_\_\_\_\_
- Si  No Medicamentos (Recetas, inhaladores, de venta libre, vitaminas) \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Sin visita previa a la sala de emergencias o hospitalización? ¿Cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Resfriado / tos / gripe en las últimas 6 semanas? Cuándo? \_\_\_\_\_
- Si  No Especialistas médicos? Cardiología / ORL / Neurología / Neumología / Gastroenterología / Endocrinología / Hematología / Psicología / Other: \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Pruebas médicas especiales por cualquier motivo? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Antecedentes familiares de hipertermia maligna o problemas con la anestesia? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Vacunas al día? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Nacimiento prematuro? ¿Cuántas semanas al nacer? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Algún retraso en el desarrollo? (Gatear, caminar, hablar u otras metas) \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ronca por la noche? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Algún cambio en la salud del paciente durante el último año? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Existe alguna inquietud conductual / emocional / cultural / espiritual de la que debemos ser conscientes? \_\_\_\_\_

### **¿Alguna vez su hijo experimentó alguno de los siguientes síntomas? Marque la casilla si la respuesta es SÍ:**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Asma, silbido/jadeo, dificultad para respirar</li><li><input type="checkbox"/> Neumonía, bronquitis, tos crónica</li><li><input type="checkbox"/> Lesión o trauma de cabeza y cuello</li><li><input type="checkbox"/> Complicaciones al nacer</li><li><input type="checkbox"/> La tos fenina, estridor</li><li><input type="checkbox"/> Apnea del sueño (deja de respirar mientras duerme)</li><li><input type="checkbox"/> Cáncer, tumor, quimioterapia, radioterapia</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides, problemas de las glándulas suprarrenales</li><li><input type="checkbox"/> Desmayos o Pérdida de Conocimiento</li><li><input type="checkbox"/> Hernia de hiato, acidez de estómago, reflujo ácido, indigestión</li><li><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco</li><li><input type="checkbox"/> Problemas de estómago / intestinales (úlceras / sangrado, otros)</li><li><input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito</li><li><input type="checkbox"/> Defecto del tabique auricular o ventricular</li><li><input type="checkbox"/> Dificultades para tragar, episodios de asfixia</li><li><input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón, palpitaciones, arritmia</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Trastorno genético, anomalías congénitas</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, presión arterial alta o baja</li><li><input type="checkbox"/> Ataques o epilepsia / convulsiones</li><li><input type="checkbox"/> Fiebre reumática / escarlatina</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad renal, trastornos de la vejiga</li><li><input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, fácil formación de moretones, problemas de coagulación</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (ictericia o hepatitis, otras)</li><li><input type="checkbox"/> Anemia (incluida la anemia de células falciformes)</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes, trastornos nutricionales</li><li><input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre</li><li><input type="checkbox"/> Trasplante de órganos / trastorno hemorrágico</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune / sistema inmunológico deprimido</li><li><input type="checkbox"/> ADD o ADHD, Autismo (marque uno o más)</li><li><input type="checkbox"/> Enfermedad muscular (distrofia muscular, otras)</li><li><input type="checkbox"/> VIH / SIDA</li><li><input type="checkbox"/> Otra/o: _____</li></ul> |
|---|--|

**Entiendo que retener cualquier información sobre la salud del paciente podría poner en grave peligro su seguridad durante la anestesia. He revisado este formulario de historial médico cuidadosamente y he respondido todas las preguntas con la verdad, según mi leal saber y entender.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Madre/Padre o tutor legal)