



'Specially for Children
Endocrinología pediátrica

Antecedentes médicos del paciente nuevo

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____ sexo: M F
 fecha: _____ persona que llena el formulario: _____ parentesco: _____
 médico de cabecera: _____ médico que lo remite _____
 teléfono de la casa (____) _____ celular(____) _____ correo electrónico: _____
 Motivo de la remisión (queja principal): _____
 Otros doctores que atienden al paciente: _____

Lista de medicinas que está tomando el paciente: _____

Alergias a medicinas: _____

Vacunas: al día falta alguna recibió la vacuna de la gripa en los últimos 12 meses? sí no

Antecedentes familiares: (aop/aap = abuelo paterno/abuela paterna, AOM/AAM = abuelo materno/abuela materna) *Por favor, marque los que sean pertinentes*

Parentesco con paciente	edad	estatura	peso	presión arterial alta	diabetes	mal cardíaco	problema de tiroides	Colesterol alto/triglicéridos	Trastorno del sistema inmunológico (suprarrenal/lupus)
Madre									
Padre									
Hermano/a									
Hermano/a									
Hermano/a									
Hermano/a									
aop									
aap									
AOM									
AAM									

Por favor, díganos si alguien en la familia tiene alguno de los siguientes problemas y quién lo tiene :

Acné abundante S N _____ esterilidad S N _____ periodos irregulares S N _____
 cáncer S N _____ insuficiencia suprarrenal S N _____ menopausia <40 yrs. S N _____
 vello excesivo facial/corporal S N _____ otros/explicue: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ **fecha de nacimiento:** _____ **fecha:** _____

Anamnesis del paciente:

Prenatal (antecedentes clínicos durante la gestación del paciente que vamos a ver hoy)

¿Cuánto subió de peso la madre durante el embarazo? _____ ¿Qué medicinas usó en ese lapso? _____

Complicaciones (subraye): sangrado vaginal / infección / diabetes gestacional / presión arterial alta / tiroides

Otro/s problema/s: _____

Parto (por favor subraye el/los indicado/s)

Inducido / vaginal espontáneo / cesárea prematura / a tiempo / tardía / complicaciones: S N

Si tuvo complicaciones, explique: _____

Periodo inmediato al nacimiento:

Peso al nacer: _____ estatura: _____ edad gestacional: _____ semanas

Marque si tuvo alguno de estos problemas: ictericia/ cianosis (azul)/ Hipoglucemia (azúcar baja en la sangre)

necesitó oxígeno / problemas cardíacos / problemas para comer / otros: _____

Crecimiento y desarrollo: (del paciente que vamos a evaluar)

Se sentó solo _____ Dijo su primera palabra _____

Le salió el primer diente _____ Avisó para ir al baño _____

Caminó solo _____ Primer diente permanente _____

Usted describiría el crecimiento de su niño como: rápido / lento / normal

Medidas comparado con sus compañeros: alto / bajo / gordo / delgado Desarrollo sexual rápido lento

En qué año va: _____ qué calificaciones saca: bajas / buenas / excelentes

Terapias: física / ocupaciona l / del habla / otra: _____ # veces por semana: _____ ninguna

Historial de enfermedades: (Por favor, enliste los problemas de salud y la edad que tenía el paciente cuando los tuvo)

Serios (pulmonía, asma, apendicitis): _____

Traumatismo: _____

Operaciones: _____

Ha tenido su hijo alguno de los siguientes: golpe en la cabeza problema cardíaco apnea en el sueño

más de 2 huesos rotos

Otros: _____

Alergias ambientales: ninguna conocida. Haga una lista de alergias que sepa que su hijo tiene: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ fecha: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque el área del problema y describa.

Cabeza y cuello:

- dolores de cabeza: frecuentes u ocasionales glándulas hinchadas dolor de cuello
 problemas del oído o al escuchar problemas de ojos o visión

Sistemas nervioso central y musculoesquelético:

- ataques músculos débiles dolor de espalda dolor de las articulaciones
 dificultad al caminar temblores hormigueo de manos/pies habla torpe

Genitourinario:

- dolor al orinar se orina en la cama aumento de sed orina frecuentemente de noche
 candidiasis frecuente infecciones de las vías urinarias frecuentes maduró sexualmente pronto o tarde
 edad en que empezó a menstruar: _____ ¿cuántos días dura su periodo? _____ fecha del último periodo _____
Sus periodos son: regulares irregular sus periodos son dolorosos sangra entre periodos

Gastrointestinal:

- poco apetito dolor abdominal frecuente estreñimiento vomita frecuentemente
 apetito excesivo diarrea náuseas

Cardiovascular y respiratorio:

- Dificultad al respirar ronca tose con frecuencia se pone morado
 pecho oprimido se le corta la respiración sibilancia le late el corazón rápido
 palpitaciones dolor de pecho mareos se cansa pronto cuando hace ejercicio

General / fisiológico:

- cambio de humor dificultad para dormir se despierta cansado difícil de tolerar
 fatiga problemas de aprendizaje conducta problemas para enfocarse
 siente frío o calor con frecuencia impulsivo/hiperactivo problemas de drogas o alcohol
 se siente triste con frecuencia baja excesiva de peso aumento excesivo de peso
 somnolencia excesiva retraso del desarrollo se enferma con frecuencia

Piel:

- acné excesivo pérdida o adelgazamiento del pelo piel seca comezón en la piel
 estrías crecimiento excesivo de vello – ¿dónde? _____

OTROS PROBLEMAS: _____

Firma del proveedor: _____ fecha: _____

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____ fecha: _____

Laboratorio / radiografías / ultrasonido / imagen por resonancia magnética:

¿El paciente ha tenido alguno de los siguientes exámenes relacionados con esta cita? (subráyelo/s)

Laboratorio radiografía tomografía computarizada imagen por resonancia magnética
electroencefalograma ECHO ultrasonido

¿Dónde le hicieron estudios?: _____

Antecedentes sociales:

Haga una lista de todos los miembros de la familia que viven en la casa y su parentesco con el paciente:

En que trabaja la madre: _____ el padre _____

¿Los padres viven juntos? S N tengo la patria potestad del paciente tutela compartida
soy padre/tutor del menor

Haga una lista de logros, intereses o dificultades que tiene el paciente en casa, la escuela u otro lado: _____

Haga una lista de cualquier otra información que podría ayudarnos a determinar las necesidades que pudiera tener el paciente: _____

Dieta y estilo de vida: Si usted está preocupado por el peso de su hijo/a, por favor complete lo siguiente:

Porciones al día: *jugo de fruta* ____ *refrescos* ____ *Gatorade* ____ *bebidas endulzadas* ____ *leche* ____
(subraye: *descremada*, *1%*, *2%*, *entera*) *comida chatarra*, *pizza*, o *comida para llevar* ____ veces por semana
Usualmente come alimentos de la *cafetería* _____ veces por semana. Pasa ____ horas al día practicando actividades físicas. Generalmente come *alimentos preparados en casa* ____ por semana. Pasa ____ horas al día viendo televisión/jugando videojuegos.

Como padre, ¿qué es lo que más le preocupa de los hábitos alimenticios de su hijo? _____

Por favor, haga una lista de los alimentos y entremeses que comió su hijo en las últimas 24 horas:

Desayuno:	refrigerio
Comida:	refrigerio
Cena:	refrigerio

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____