



Pediatric ENT New Patient Questionnaire (Spanish)

2019-04-24 FINAL

1 of 3

Nombre	MRN	<i>Fecha de Nacimiento</i>	Fecha
Teléfonos C	T	M	
Nombre de la Farmacia	Teléfono		
¿Cómo supo de nosotros? <input type="checkbox"/> Referido por otro médico (Por favor denos el nombre) <input type="checkbox"/> Referido por un amigo. <input type="checkbox"/> Nos encontro en el internet <input type="checkbox"/> UT reputación <input type="checkbox"/> Otro (<i>Sea específico</i>)			
Médico #1 (<input type="checkbox"/> referido por éste médico)			
Nombre	Fax	Teléfono	
Dirección	Ciudad, Estado	Zona Postal	
Médico #2 (<input type="checkbox"/> referido por éste médico)			
Nombre	Fax	Teléfono	
Dirección	Ciudad, Estado	Zona Postal	

Importante Nota en Previos Expedientes y Radiografías

Por favor de traer su expediente médico. En particular, previas radiografías de la nariz y senos nasales, estos son muy importantes. Por favor de obtener sus radiografías anteriores (no sólo el reporte del Radiólogo); preferimos las radiografías en un disco con formato CD-ROM.

¿Que síntoma le da más problemas a su hijo/a?

Siguiente Página→

Historia de la Enfermedad Actual

¿Cuál es la razón de la visita hoy?

¿Por cuánto tiempo su hijo/a a tenido este problema?

Historia Médica

¿Su niño/a tiene ó a tenido cualquiera de los siguientes?

- TDAH
- SIDA/VIH positivo
- Alergias
- Anemia
- Asma
- Enfermedades de la sangre
- Transfusión de sangre
- Cáncer
- Enfermedades del corazón
- Fibrosis Quística
- Diabetes
- Síndrome de Down
- Infecciones del oído
- Epilepsia / convulsiones
- Problemas de audición
- Insuficiencia Cardíaca
- Hemofilia
- Hepatitis A
- Hepatitis B or C
- Hospitalizado al nacer
- Latidos irregulares del corazón
- Problemas de los riñones
- Enfermedades de los pulmones
- Enfermedades psiquiátricas
- Reflujo
- Enfermedad de células falciformes
- Enfermedades de los senos nasales
- Faringitis estreptocócica
- Tuberculosis

¿Cómo fue su parto?

- Término completo
- Prematuro (____# semanas)
- Uno
- Gemelos (Fraternal Idénticos____)
- Múltiples (#____)

¿Qué otros médicos han visto a su hijo/a con este problema?

Su hijo/a ha sido evaluado por uno de ellos:

- Alergólogo
- Neumólogo
- Patólogo del habla
- Odontólogo/Dentista
- Gastroenterólogo

Por favor liste previas cirugías:

Por favor liste previas hospitalizaciones:

¿Su hijo/a tiene otros problemas médicos no mencionados anteriormente?

- Sí
 - No
- (Si dice que sí, por favor describa)*

Por favor escriba los medicamentos que toma:

¿Es su hijo/a alérgico algún medicamento?

- Sí
- No

¿Es su hijo/a alérgico al látex?

- Sí
 - No
- (Si dice que sí, por favor describa)*

¿Su hijo/a tiene alguna otra alergia?

- Sí
 - No
- (Si dice que sí, por favor describa)*

Siguiente Página →

Historia Familiar

Algún miembro de su familia (vivo ó muerto) a tenido cualquiera de estas enfermedades:

- Sida
- Alergias
- Problemas con anestesia
- Asma
- Enfermedades de la sangre
- Cáncer
- Fibrosis Quística
- Diabetes
- Mareos
- Líquido en los oídos ó infecciones
- Sangreo excesivo
- Epilepsia / convulsiones
- Dolores de cabeza
- Problemas de audición
- Hemofilia
- Alta presión sanguínea
- Problemas de los riñones
- Enfermedad de células falciformes
- Enfermedades de los senos nasales
- Apnea del sueño
- Infartos
- Enfermedades de la tiroides
- Problemas de las amígdalas
- Tuberculosis

Historia Social

¿Está su hijo/a en la guardería?

Sí

No

¿Está su hijo/a en la escuela? Detalles

Si

No

¿Su hijo/a usa chupete ó chupón? Detalles

Sí

No

¿En su casa alguien fuma? Detalles

Sí

No

Información de hermanos ó hermanas:

Por favor denos los nombres de hermanos ó hermanas vistos en esta clínica y las razones de la visita ó tratamiento.