

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que lleno el formulario: _____

Parentesco al paciente: _____

Doctor Primario: _____

Doctor que lo recomendó: _____

Farmacia preferida: _____

Razón de la visita de hoy

Por favor anote la razón de la visita de su hijo a la clínica de endocrinología:

Medicamentos actuales

Por favor anote cualquier medicamento junto con la dosis que su hijo esta tomando actualmente.
Por favor incluya medicamentos sin receta.

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis

Alergias

Por favor anote cualquier alergia a medicamento o comida que su hijo tenga junto con la reacción a la exposición.

Alergia	Reacción

Historial social

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Pregunta	Respuesta (circule o escriba la respuesta)	Explicación
¿Su hijo tiene cualquier obstáculo de aprendizaje o comunicación?	Si No	
¿Cómo prefiere aprender su hijo?	Conversación Demostración Demostración devuelta Leer Ver un video Pizarrón de comunicación Lenguaje de señas Otro N/A – infante o niño pequeño	
¿Cuál es el idioma preferido de su hijo?		
¿El cuidador del niño tiene cualquier obstáculo de aprendizaje o comunicación?	Si No	
¿Cómo prefiere aprender el cuidador?	Conversación Demostración Demostración devuelta Leer Ver un video Pizarrón de comunicación Lenguaje de señas Otro	
¿Cuál es el idioma preferido del cuidador?		
¿Su hijo ha recibido todas sus vacunas programadas?	Si No	
¿Su hijo tiene cualquier retraso en el desarrollo (físico o mental)?	Si No	
¿Con quién vive su hijo?		
¿Quién es la persona principal y secundaria que cuida a su hijo?		
Ocupación de Mamá		
Ocupación de Papá		
¿Han habido cambios recientes en la situación familiar/social de su hijo?	Si No	
¿Cuál es el estado civil de los padres del niño?	Casados Divorciados Separados Otro	
En general, ¿cuál es el nivel de estrés de su hijo?	Bajo Moderado Alto	
¿Hay estrés financieros en el hogar?	Ninguno Leves Moderados Severos	

Endocrine Clinic Initial Visit

1500 Cooper St., 2nd Floor
Ft Worth, TX 76104
(682) 885-7960

¿Utiliza servicios de guardería para su hijo? Si es así, ¿qué tipo?	Guardería Pre-escuela Niñera privada Pariente Otro	
¿En que grado esta su hijo actualmente?		
¿A qué tipo de escuela asiste su hijo?	Escuela publica Escuela privada Escuela en casa Otro	
Por lo general, ¿qué tipos de calificaciones hace su hijo en la escuela?	Buenas Regulares Malas	
¿Su hijo asiste a clases especiales o de apoyo?	Si No	

Historial prenatal/de nacimiento

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Pregunta	Respuesta (circule o escriba la respuesta)	Explicación
¿Su hijo nació de tiempo completo?	Si No	
¿Cuántas semanas de gestación tenía nació su hijo/hija?		
¿Cuánto peso su hijo cuando nació?	___ libras ___ onzas	
¿Cuánto midió su hijo cuando nació?	___ pulgadas	
¿Cómo nació su hijo?	Normal Cesaría	
¿Hubo complicaciones asociadas con el embarazo de su hijo?	Si No	
¿Tomo cualquier medicamento durante el embarazo de su hijo?	Si No	
¿Hubo complicaciones durante el nacimiento de su hijo?	Si No	

Crecimiento de la Familia & Historial de Pubertad

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Familiar	Edad	Estatura	Peso	Pubertad Por favor marque uno
Papá				Temprana Normal Atrasada
Mamá				Temprana Normal Atrasada *Edad que tenía la mamá cuando tuvo su primer periodo_____

Endocrine Clinic Initial Visit

1500 Cooper St., 2nd Floor
Ft Worth, TX 76104
(682) 885-7960

Familiar	Edad	Estatura	Peso
Hermano			
Hermano			
Hermano			
Hermana			
Hermana			
Hermana			
Abuelo paterno Papá del papá			
Abuela paterna Mamá del papá			
Abuelo materno Papá de la mamá			
Abuela materna Mamá de la mamá			

Historial de actividad física

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Pregunta	Respuesta (circule o escriba la respuesta)	Explicación
¿Cuál es el nivel de ejercicio/actividad de su hijo?	Sedentario Moderadamente activo Muy activo	
¿Su hijo participa en deportes?	Si No	
¿Qué tipo de ejercicio hace su hijo?		

Preguntas para adolescente (13 & mayor)

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Pregunta	Respuesta (circule o escriba la respuesta)	Explicación
¿Su hijo usa alcohol?	Si No	
¿Su hijo usa tabaco?	Si No	
¿Su hijo usa drogas ilícitas?	Si No	
¿Su hijo esta sexualmente activo? Si sí, por favor anote cualquier contraceptivo o barrera que usa.	Si No	

Historial de salud familiar

Por favor déjenos saber si algún miembro de la familia de su hijo ha sido diagnosticado con cualquier problema médico a continuación

Problema médico	Si/No	Si sí, ¿quién?
Grasas anormales en la sangre		
Enfermedad de Addison's/Problemas adrenales		
Ansiedad/depresión/enfermedades mentales		
Asma		
Trastornos de coágulos sanguíneos		
Cáncer		
Enfermedad celíaca		
Hiperplasia adrenal congénita		
Síndrome de Cushing		
Fibrosis quística		
Sordera		
Diabetes- Tipo 1		
Diabetes- Tipo 2		
Diabetes- no sabe que tipo		
Ataque al corazón		
Angioplastia o stent/endoprótesis vascular (arteria del corazón)		
Presión arterial alta		
Colesterol alto		
Hipoglucemia		
Piedras en los riñones		
Neurofibromatosis		
Obesidad/sobre peso		
Osteoporosis/Fracturas de hueso		
Feocromocitoma (tumor adrenal)		
Tumores pituitarios		
Raquitis		
Convulsiones		
Estatura baja		
Embolia o ataque isquémico transitorio (embolia pequeña)		
Procedimiento para abrir la arteria carótida en el cuello		
Enfermedad de la tiroides		
Cáncer de la tiroides		
Otro		

Historial de crecimiento/desarrollo

Por favor conteste las siguientes preguntas ya sea circulando o escribiendo la respuesta adecuada.

Meta	Edad	Información adicional
Camino solo		
Primeras palabras		
Supo ir al baño completamente		
Primeros dientes de leche		
Primer diente permanente		
Edad actual de sus compañeros de juego		

Historial médico pasado

¿Alguna vez su hijo ha sido tratado por cualquiera de estos problemas médicos?

Problema médico	Si/No	Si sí, ¿quién?
ADD/ADHD		
Alergias		
Ansiedad/Trastorno de pánico		
Asma/Sibilancia recurrente		
Trastorno bipolar		
Trastornos de coágulos sanguíneos		
Enfermedad celíaca		
Parálisis cerebral		
Anormalidad de cromosomas		
Anormalidad congénita		
Enfermedad cardíaca congénita		
Fibrosis quística		
Malformación de Dandy Walker		
Sordera		
Depresión		
Síndrome de DiGeorge		
Síndrome de Down		
Falta de crecimiento		
Enfermedad de reflujo gastroesofágico		
Presión arterial alta		
Colesterol alto		
Piedras en los riñones		
Síndrome de Klinefelter		
Síndrome de McCune Albright		
Neurofibromatosis		
Apnea del sueño obstructiva		
Síndrome de Prader- Willi		

Historial quirúrgico pasado

Por favor anote cualquier cirugía previa que haya tenido su hijo junto con la fecha de la cirugía.

Cirugía/Procedimiento	Fecha de la cirugía/procedimiento

Hospitalizaciones/Heridas severas

Por favor anote cualquier hospitalización y herida severa por la cual su hijo ha sido tratado.

Hospitalización/Herida severa	Fecha de la hospitalización/herida

Por favor anote cualquier otra preocupación sobre su hijo de la cual debemos estar al tanto.
