

**NOTA: ESTA ES UNA TRADUCCIÓN DEL FORMULARIO EN INGLÉS Y ES SÓLO PARA SU REFERENCIA. SÍRVASE FIRMAR EL ORIGINAL EN INGLÉS.**

**DIVISIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA – CUESTIONARIOS DE ANTECEDENTES – PACIENTES NUEVOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Pediatra: \_\_\_\_\_ Médico que le remitió: \_\_\_\_\_  
 Alergias a medicamentos: S N (Si la respuesta es "S", anote también el tipo de reacción)  
 Vive con mamá / papá / otro \_\_\_\_\_  
 Grado de la escuela \_\_\_\_\_  
 ¿Guardería o escuela? S N  
 ¿Cómo le va en la escuela(elija una opción)? Bien Regular Mal

Razón de la cita de hoy: (marque a continuación todas las que correspondan)

**Infecciones de oído (Otitis Media): Si es así, conteste de la #1-6**

1. Edad cuando tuvo la primera infección de oído: \_\_\_\_ # en los últimos 6 meses \_\_\_\_ # en los últimos 12 meses :  
 2. ¿Cómo se la(s) han tratado? (Si es con antibióticos, ¿Cuáles?) \_\_\_\_\_  
 3. ¿Cómo sabe si su hijo tiene una infección de oído? \_\_\_\_\_  
 4. Su hijo:  
 a. Tiene flujo nasal S N  
 b. Tiene congestión nasal S N  
 c. Ronca S N  
 d. Va a la guardería S N  
 e. Ha estado expuesto al humo del cigarro S N  
 f. Vive con perros y gatos en su casa S N  
 g. Tiene hermanos que han tenido infecciones de oído S N -> ¿Recibieron tubos para los oídos? S N  
 5. ¿Nació a término? S N  
 6. Su hijo:  
 a. ¿Pasó la prueba de audición al nacer? S N  
 b. ¿Tomó leche materna después de nacer? S N  
 c. ¿Recibió todas sus vacunas? S N

**Líquido en uno o los oídos: ¿Cuándo fue la última vez que detectaron líquido en el oído medio?**

**Dificultad para dormir: si es así, conteste las preguntas # 1-14**

1. Ronca:  
 a. ¿todas las noches? S N  
 b. En cualquier posición S N  
 c. ¿Hace cuánto que lo notó? \_\_\_\_\_  
 d. ¿Qué tan fuerte? (en una escala del 1-10, siendo 10 lo más fuerte)? \_\_\_\_\_  
 2. Pausa su respiración al dormir S N  
 3. Moja la cama S N  
 4. Respira con la boca S N  
 5. Tiene pesadillas S N  
 6. Es sonámbulo o habla durante el sueño S N  
 7. Tiene dificultad para deglutir (tragar) S N  
 8. La comida o las bebidas se le salen por la nariz S N  
 10. Despierta muchas veces durante la noche S N  
 11. Duerme inquieto (se mueve mucho) S N  
 12. Dificultad para despertar por la mañana S N  
 13. Cansancio excesivo durante el día S N  
 14. Problemas del comportamiento S N  
 -> (Si S, descríbalos)  
 -> (Si S, alimentos líquidos o sólidos)

9. Considera que su hijo, (elija una) ¿tiene sobrepeso? \_\_\_\_ ¿está bajo de peso? \_\_\_\_ ¿tiene un peso normal? \_\_\_\_

**Masa tumoral en la cabeza o el cuello:**

**Pérdida auditiva: ¿Por cuánto tiempo?**

**Retraso o trastornos del habla:**

**Problemas con el equilibrio:**

**Problemas con la alimentación:**

**Sangrado nasal:**

**Congestión nasal:**

**Respiración ruidosa:**

**Inquietudes respecto a la voz:**

**Infecciones en los senos nasales: # de veces en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_**  
 2. # de días usuales con síntomas antes de empezar a darle el antibiótico: \_\_\_\_\_

**Crup recurrente:**

**Dolor de garganta o amigdalitis recurrente:**

1. # de episodios de amigdalitis estreptocócica el año pasado: \_\_\_\_ # el año pasado \_\_\_\_ # el año antepasado \_\_\_\_\_  
 2. # de días que ha faltado a la escuela este año debido a dolores de garganta \_\_\_\_\_

**Otro:**

Chicago, IL 60661

**HISTORIAL MÉDICO:**

**Antecedentes del paciente:**

¿Su hijo nació prematuramente?	S	N
Cirugías previas: (Enumérelas)	S	N
¿Problemas con anestesia?	S	N
Hospitalizaciones previas: (Enumérelas)	S	N
¿Tiene conocimiento de alguna enfermedad infecciosa que presente? (Enumérelas)	S	N

¿Tiene su hijo o ha tenido algún problema reciente relacionado con alguno de los siguientes sistemas?

<b>Vejiga</b>	S	N	<b>Sangrado</b>	S	N	<b>Ojos</b>	S	N
Problemas al orinar	S	N	Problemas de coagulación	S	N	Visión borrosa	S	N
Otro:			Moretones fácilmente	S	N	Dolor	S	N
			Otro:			Otro:		
<b>Corazón</b>	S	N	<b>Hormonas</b>	S	N	<b>Pulmones</b>	S	N
Soplo cardíaco	S	N	Diabetes	S	N	Asma	S	N
Presión sanguínea elevada	S	N	Afección de la tiroides	S	N	Respiración ruidosa	S	N
Otro:			Sed excesiva	S	N	Tos frecuente	S	N
			Otro:			Otro:		
<b>Sistema musculoesquelético</b>	S	N	<b>Sistema nervioso</b>	S	N	<b>Piel</b>	S	N
Dolor de articulaciones	S	N	Convulsiones	S	N	Sarpullidos	S	N
Dolor de espalda	S	N	Derivación	S	N	Marcas de nacimiento anormales	S	N
Otro:			ventriculoperitoneal (VP)			Comezón	S	N
			Coordinación anormal	S	N	Otro:		
			Otro:					
<b>Estómago/intestinos</b>	S	N	<b>General</b>	S	N	<b>Otros antecedentes, diagnósticos o síndromes médicos (describalos):</b>	S	N
Dolor de estómago	S	N	Fiebre/escalofríos	S	N			
Náusea/vómito	S	N	Desarrollo anormal	S	N			
Problemas al defecar	S	N	Inquietudes psicosociales	S	N			
Otro:			Otro:					

**Antecedentes familiares** de todo problema relacionado con los oídos, la nariz o la garganta: (Describalos)

A mi leal saber y entender, declaro que la información anterior es exacta y correcta.

**Al firmar la versión en inglés de este formulario, declaro que he recibido la información aquí descrita.**

**FOR PHYSICIAN USE ONLY (PARA USO INTERNO):**

*I have reviewed the above information with the patient/parent.*  
He repasado la información anterior con el paciente o padre de familia.

**Physician name & signature** (Nombre y firma del médico)

**Pager** (beeper) **Date & Time** (Fecha y hora)