

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?

Vejiga	S	N	Sangrado	S	N	Ojos	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:		
Corazón	S	N	Hormonas	S	N	Pulmones	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:		
Sistema musculoesquelético	S	N	Sistema nervioso	S	N	Piel	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:					
Estómago/intestinos	S	N	General	S	N	Otros antecedentes, diagnósticos o síndromes médicos (describalos):	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)