

CUESTIONARIO HISTORIA MÉDICA

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Nombre del niño/a: _____
Child's Name:

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sex: Age: Date of Birth:

Nombre del padre o madre/ tutor legal: _____
Parent/Guardian Name

Teléfono: _____
Telephone

¿Su hijo/a tiene intolerancias alimentarias? Sí / No
Does your child have any intolerances to any foods? Yes / NO
Si la respuesta es sí, por favor indique a qué y explique la reacción: _____
If Yes, please to what and explain reaction:

¿Su hijo/a tiene alergia a medicamentos? Sí / No
Does your child have any allergies to medications? Yes / NO
Si la respuesta es sí, por favor indique a qué y explique la reacción: _____
If Yes, please to what and explain reaction:

Medicamentos actuales: _____
Current Medications:

¿Vacunas hasta la fecha? Sí / No
Immunizations up to date? Yes / NO

Si la respuesta es no, ¿cuáles faltan? _____
If not, what is missing?

Historia médica anterior

Por favor indique si su hijo/a tuvo enfermedades y/o lesiones importantes:

Please list any prior major illnesses and/or injuries:

Hospitalización:

Hospitalization:

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado/a? **Sí / No**

Has your child been hospitalized? Yes / NO

Si la respuesta es sí, por favor indique la(s) edad(es) y la razón

If yes, please list age(s) and reason:

Cirugía:

Surgery:

¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía? **Sí / No**

Has your child ever had surgery? Yes / NO

Si la respuesta es sí, por favor indique la(s) edad(es) y la razón

yes, please list age(s) and reason:

Revisión de sistemas:

Review of Systems:

¿Tiene su hijo/a o ha tenido alguna vez problemas importantes con lo siguiente? (Si la respuesta es sí, por favor explique):

Does your child have or has your child ever had significant issues with any of the following? (if yes, please explain):

Marque con un círculo

Circle One

Si la respuesta es sí, por favor explique

If yes, please explain

Oído, nariz y garganta

Ear, Nose and Throat

Infecciones de oído recurrentes: **Sí / No** _____

Recurrent Ear Infections Yes / NO

- Número de infecciones en el último año _____

- Number of ear infections in the past year

Hemorragias nasales: **Sí / No** _____

Nosebleeds Yes / NO

Congestión nasal: **Sí / No** _____

Nasal congestion Yes / NO

Sinusitis recurrente: **Sí / No** _____

Recurrent Sinus Infections Yes / NO

Amigdalitis recurrente: **Sí / No** _____

Recurrent Tonsillitis Yes / NO

- Número de infecciones en el último año _____

- Number of infections in the past year

Ojos:

Eyes

Usa gafas: **Sí / No** _____

Wear Glasses Yes / NO

Infecciones/lesiones: **Sí / No** _____

Infections/ injuries Yes / NO

Músculo esquelético:

Musculoskeletal

Huesos fracturados o rotos: **Sí / No** _____

Broken Bones Yes / NO

Defectos del desarrollo: **Sí / No** _____

Developmental abnormalities Yes / NO

Respiratorio:

Respiratory

Asma/enfermedad reactiva de las vías respiratorias: Sí / No _____
Asthma/ reactive airway disease Yes / NO

Alérgico/Inmunológico:

Allergic/ Immunologic

Síntomas de alergia ambiental: Sí / No _____
Environmental allergy symptoms: Yes / NO

Síntomas de alergia a los alimentos: Sí / No _____
Food allergy symptoms: Yes / NO

Cardiovascular:

Cardiovascular

Defecto cardíaco congénito: Sí / No _____
Congenital heart abnormality Yes / NO

Soplo al corazón: Sí / No _____
Heart murmur Yes / NO

¿Toma el niño productos con aspirina o ibuprofeno? Sí / No _____
Is your child taking aspirin or ibuprofen products? Yes / NO

Hematológico:

Hematologic

Anemia: Sí / No _____
Anemia Yes / NO

Dermatología:

Dermatology

Eccema: Sí / No _____
Eczema Yes / NO

Psoriasis: Sí / No _____
Psoriasis Yes / NO

Sarpullidos recurrentes: Sí / No _____
Recurrent Rashes Yes / NO

Otros defectos de la piel: Sí / No _____
Other skin abnormalities Yes / NO

Endocrino:

Endocrine

Diabetes:

Diabetes

Sí / No

Yes / NO

Defectos de la tiroides:

Thyroid abnormalities

Sí / No

Yes / NO

Otros defectos hormonales:

Other hormonal abnormalities!

Sí / No

Yes / NO

Psicología:

Psychology

.....

.....

.....

Otras enfermedades importantes en la familia: Sí / No

Other significant illnesses in the family

Yes / NO

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor/a:

Parent/Guardian Name

DNI _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Signature of Parent or Guardian

Fecha _____

Date
