



Pediatric Associates of Whidbey Island, P.S.
Cuestionario Inicial de Salud

Nombre _____ Apodo _____ Fecha de nacimiento _____

Completar pro _____ Fecha de completar _____ Relación _____

FAMILIA

Por favor una lista de todos los que viven en el hogar del niño

Nombre	Relación con el menor	Edad (niños) u ocupación (adultos)

¿Hay hermanos no aparece? Si es así, por favor una lista de sus nombres, edades y donde se vive _____

¿Qué es el niño de vivir la situación si no con ambos padres biológicos? No aplica vive con sus padres adoptivos
 Custodia compartida solo custodia vive con una familia orfanato Otra _____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia el niño ve los padres no en la página de inicio?

¿Alguien en su hogar fuma? No Sí - Quien? _____

¿Tiene mascotas en casa? No Sí - Tipo? _____

¿Cuáles son sus arreglos para el cuidado infantil? N/A o explique _____

Historia de nacimiento (desconocido)

_____ Del peso de nacimiento. ¿fue el paciente nacido a término? Sí No, _____ semanas

¿Problemas durante el embarazo, trabajo o entrega? No Sí - explicar: _____

¿Su bebé tiene algún problema médico en el hospital como un recién nacido? No Sí - explica: _____

¿Su bebé permanecer en el hospital más de la madre? No Sí - explicar: _____

Alimentación (complete si su hijo tiene 2 años o menos)

Es (o fue) su bebé alimentado por de mama formula o ambos? ¿Tipo de fórmula? _____

¿Se alimenta su pecho todavía de niño? Sí No ¿es su hijo sigue teniendo una botella? Sí No

GENERAL (DK = no saber)

¿Considera que su hijo a estar en buena salud? sí No DK - explicar _____

¿Su niño tiene graves enfermedades o condiciones médicas ahora o en el pasado (por ejemplo, asma, alergias, convulsiones, infecciones del tracto urinario, infecciones del oído, anemia)? sí No DK - explicar _____

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? sí No DK – explicar _____

¿Ha su hijo ha sido hospitalizado? sí No DK – explicar _____

¿Ha habido accidentes grave, rotos los huesos, las conmociones cerebrales? sí No DK – explicar _____

¿Ha visto su niño cualquier médico especialista? sí No DK – explicar _____

¿Está tomando su hijo algún medicamento? Sí No DK – lista _____

¿Alergias a alimentos o medicamentos? sí No DK – lista _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? sí No DK – explicar _____

¿Reacciones anteriores a las vacunas? sí No DK – explicar _____

¿Te han preocupado por el rendimiento desarrollo o escuela de su hijo o es su hijo recibiendo ayuda especial en la escuela? sí No DK – explicar _____

Historia de la familia biológica

Desconocido

Infantil audición pérdida sí No DK-explicar con detalles _____

Fiebre del heno alergia nasal sí No DK-explicar con detalles _____

Asma sí No DK-explicar con detalles _____

Tuberculosis sí No DK-explicar con detalles _____

Enfermedades del corazón (antes de 55 años de edad) sí No DK-explicar con detalles _____

Colesterol alto sí No DK-explicar con detalles _____

Muerte súbita/inexplicable sí No DK-explicar con detalles _____

La presión arterial alta sí No DK-explicar con detalles _____

Anemia sí No DK-explicar con detalles _____

Sangrado trastorno sí No DK-explicar con detalles _____

Caries dental sí No DK-explicar con detalles _____

Cáncer (antes de la edad de 55 años) sí No DK-explicar con detalles _____

Problemas de tiroides sí No DK-explicar con detalles _____

Enfermedad hepática sí No DK-explicar con detalles _____

Riñón enfermedad sí No DK-explicar con detalles _____

Diabetes (antes de la edad de 55 años) sí No DK-explicar con detalles _____

Obesidad sí No DK-explicar con detalles _____

Convulsiones o epilepsia sí No DK-explicar con detalles _____

Abuso de alcohol sí No DK-explicar con detalles _____

Drogas abuso sí No DK-explicar con detalles _____

Déficit de atención hiperactividad trastorno sí No DK-explicar con detalles _____

Depresión, ansiedad sí No DK-explicar con detalles _____

Otras enfermedades mentales sí No DK-explicar con detalles _____

Discapacidad de desarrollo sí No DK-explicar con detalles _____

Defectos de nacimiento sí No DK-explicar con detalles _____

Problemas inmunitarios o SIDA sí No DK-explicar con detalles _____

Tiroides enfermedad sí No DK-explicar con detalles _____

Infancia de problemas de cadera sí No DK-explicar con detalles _____

Otro _____