



OU Children's Physicians – Cuestionario de Genética

Por favor complete este cuestionario y devuélvalo a la recepcionista. Si usted no puede contestar una pregunta, por favor de dejarlo en blanco.

Problema: ¿CÓMO PODEMOS AYUDARLO A USTED O SU NIÑO HOY? \_\_\_\_\_

Historia Prenatal

(Sólo complete si el paciente es un niño)

La edad de la madre cuando nació el niño \_\_\_\_\_ La edad del padre \_\_\_\_\_

¿Alguna anomalía vista en el ultrasonido prenatal? \_\_\_\_\_

¿La madre del niño tuvo enfermedades como diabetes, enfermedad de tiroides, infección bacteriana, asimismo, o desorden de salud mental? \_\_\_\_\_

¿La madre del niño fumó cigarrillos, bebió alcohol, o uso drogas durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Su niño nació a tiempo? \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

¿Nacimiento vaginal o c-sección? \_\_\_\_\_

¿Problemas para su niño en el parto? \_\_\_\_\_

¿Problemas para su niño en el cuarto de niños? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía su niño cuando él/ella se fue a casa del hospital, después que nació? \_\_\_\_\_

Historia Médica

- Enfermedades pasadas \_\_\_\_\_ no si
Cirugías \_\_\_\_\_ no si
Especialistas que han visto \_\_\_\_\_ no si
Rayo X, MRI, o ultrasonido \_\_\_\_\_ no si
Problemas de corazón \_\_\_\_\_ no si

Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Historia de Salud de Familia

Alguna persona en la familia tiene:

- Un niño que murió \_\_\_\_\_ no si
Un aborto espontáneo o mortinato \_\_\_\_\_ no si
Tardanza del desarrollo \_\_\_\_\_ no si
Defecto de nacimiento (fisura palatina, defecto de corazón, etc.) \_\_\_\_\_ no si
Muy corto de estatura o muy alto \_\_\_\_\_ no si
Asimienta \_\_\_\_\_ no si
Cáncer \_\_\_\_\_ no si
Otra condición de salud \_\_\_\_\_ no si

Si sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Historia del Desarrollo

A qué edad (en meses) alcanzo su niño estos jalones:

- Dar una vuelta \_\_\_\_\_ Se sentó sin ayuda \_\_\_\_\_
Avance lento \_\_\_\_\_ Camino solo \_\_\_\_\_
Hablo palabras \_\_\_\_\_ Oraciones \_\_\_\_\_

Escuela

Grado: \_\_\_\_\_

Interpretación: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un IEP (plan de educación individualizado)? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez su niño terapia física, terapia ocupacional, o logopedia? \_\_\_\_\_

Preocupaciones de comportamiento: \_\_\_\_\_

Historia Social

¿Quién vive en la casa con el paciente? \_\_\_\_\_

**Otras Preocupaciones**

REVISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE SISTEMAS/ACTUALIZACIÓN MÉDICA

ADULTO

EN EL MES PASADO, HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE ESTOS PROBLEMAS:

**General, constitucional**

Cambio reciente de peso	NO	SI
Fiebre	NO	SI
Fatiga	NO	SI

Paciente de firme aquí:

**Ojos y visión**

Herida de ojo	NO	SI
Las gafas (lentes) o contactos	NO	SI
Enturbiado o doble visión	NO	SI
Glaucoma	NO	SI

**Musculo esquelético**

Dolor conjunto de huesos	NO	SI
Rigidez o hinchazón conjuntas de huesos	NO	SI
La debilidad de músculos/coyunturas	NO	SI
El dolor de músculos o calambres	NO	SI
Dolor en la espalda	NO	SI
Extremidades frías	NO	SI
La dificultad de andar	NO	SI

**Las orejas, la nariz, la garganta**

Pérdida de audición	NO	SI
Escuchar llamar en las orejas	NO	SI
Dolores de oídos o desagüe	NO	SI
Problemas de seno	NO	SI
Sangra en la nariz	NO	SI
Llagas en la boca	NO	SI
Gomas sangrientas	NO	SI
Mal aliento o mal sabor	NO	SI
La garganta adolorida o cambio de voz	NO	SI

**Pele y el seno**

Erupción o picazón	NO	SI
Cambio en el color de la piel	NO	SI
Cambio en el pelo o hulla	NO	SI
Piel seca	NO	SI
Venas varicosas	NO	SI
Dolor de seno	NO	SI
Un amontone en el seno	NO	SI
Descargue de seno	NO	SI

**El corazón y cardiovascular**

Problemas de corazón	NO	SI
Dolores de pecho	NO	SI
El latido del corazón repentino cambia	NO	SI
Hinchazón de pies, los tobillos, las manos	NO	SI

**Neurológico**

Dolores de cabeza frecuente o recurrente	NO	SI
Aturdido o mareado	NO	SI
Convulsiones o tomas	NO	SI
Entumecimiento o sentir hormigueo		
sensaciones	NO	SI
Temblores	NO	SI
Parálisis	NO	SI
Cebe	NO	SI
Herida en la cabeza	NO	SI

**Respiratorio**

Frecuente toser	NO	SI
Escupir sangre	NO	SI
Falta de aliento	NO	SI
Asma o resollar	NO	SI

**Psiquiátrico**

Pérdida de memoria o confusión	NO	SI
Nerviosismo	NO	SI
Depresión	NO	SI
Problemas de dormir	NO	SI

**Gastrointestinal**

La pérdida de apetito	NO	SI
Cambio en evacuaciones	NO	SI
Náusea o vomitar	NO	SI
Frecuente diarrea	NO	SI
Evacuaciones dolorosos/estreñimiento	NO	SI
La sangre en el taburete	NO	SI
Dolor de estómago	NO	SI

**Endocrino**

Problema de glándulas o hormona	NO	SI
Enfermedad de tiroides	NO	SI
Diabetes	NO	SI
Sed o orina excesiva	NO	SI
Caliente o intolerancia fría	NO	SI

**Genitourinaria**

Frecuente orinar	NO	SI
Orina abrasadora o dolorosa	NO	SI
Sangre en la orina	NO	SI
Incontinencia o gotear	NO	SI
Cálculos renales	NO	SI
Mujer: Dificultad sexual	NO	SI
Mujer: Regla menstrual dolorosa	NO	SI
Mujer: los: Regla menstrual irregular	NO	SI
Mujer: Descargue vaginal	NO	SI

**Hematología/linfático**

Lento para curar después de cortes	NO	SI
Magullar o sangrar fácil	NO	SI
Anemia	NO	SI

Flebitis	NO	SI
Transfusión	NO	SI
Glándulas hinchadas	NO	SI

Doctor/PA de firmar aquí:

**Si usted no ha tenido una histerectomía, por favor de dar la fecha de su última regla menstrual.**

	REVISIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE SISTEMAS/ACTUALIZACIÓN MÉDICA  NIÑO
--	--

EN EL MES PASADO, HA EXPERIMENTADO SU NIÑO CUALQUIERA DE ESTOS PROBLEMAS:

**General, constitucional**

Cambio reciente de peso	NO	SI
Fiebre	NO	SI
Fatiga	NO	SI

**Ojos y visión**

Herida de ojo	NO	SI
Las gafas (lentes) o contactos	NO	SI
Enturbado o doble visión	NO	SI
Glaucoma	NO	SI

**Las orejas, la nariz, la garganta**

Pérdida de audición	NO	SI
Escuchar llamar en las orejas	NO	SI
Problemas de seno	NO	SI
Sangra en la nariz	NO	SI
Llagas en la boca	NO	SI
Gomas sangrientas	NO	SI
Mal aliento o mal sabor	NO	SI
La garganta adolorida o cambio de voz	NO	SI

**El corazón y cardiovascular**

Problemas de corazón	NO	SI
Dolores de pecho	NO	SI
El latido del corazón repentino cambia	NO	SI

**Respiratorio**

Frecuente toser	NO	SI
Falta de aliento	NO	SI
Asma o resollar	NO	SI

**Gastrointestinal**

La pérdida de apetito	NO	SI
Cambio en evacuaciones	NO	SI
Náusea o vomitar	NO	SI
Frecuente diarrea	NO	SI
Evacuaciones dolorosos/estreñimiento	NO	SI
La sangre en el taburete	NO	SI
Dolor de estómago	NO	SI

**Genitourinaria**

Frecuente orinar	NO	SI
Orina abrasadora o dolorosa	NO	SI
Sangre en la orina	NO	SI
Accidentes de orina	NO	SI
Cálculos renales	NO	SI
Mujer: Regla menstrual dolorosa	NO	SI
Mujer: los: Regla menstrual irregular	NO	SI
Mujer: Descargue vaginal	NO	SI

Paciente de firme aquí:

**Musculo esquelético**

Dolor conjunto de huesos	NO	SI
Rigidez o hinchazón conjuntas de huesos	NO	SI
La debilidad de músculos/coyunturas	NO	SI
El dolor de músculos o calambres	NO	SI
Dolor en la espalda	NO	SI

**Pele y el seno**

Erupción o picazón	NO	SI
Cambio en el color de la piel	NO	SI
Cambio en el pelo o hulla	NO	SI
Piel seca	NO	SI
Un amontone en el seno	NO	SI
Descargue de seno	NO	SI

**Neurológico**

Dolores de cabeza frecuente o recurrente	NO	SI
Aturdido o mareado	NO	SI
Convulsiones o tomas	NO	SI
Entumecimiento o sentir hormigueo	NO	SI
sensaciones	NO	SI
Temblores	NO	SI
Debilidad	NO	SI
Herida en la cabeza	NO	SI

**Psiquiátrico**

Nerviosismo	NO	SI
Depresión	NO	SI
Problemas de dormir	NO	SI

**Endocrino**

Problema de glándulas o hormona	NO	SI
Enfermedad de tiroides	NO	SI
Diabetes	NO	SI
Sed o orina excesiva	NO	SI
Caliente o intolerancia fría	NO	SI

**Hematología/linfático**

Lento para curar después de cortes	NO	SI
Magullar o sangrar fácil	NO	SI
Transfusión	NO	SI
Glándulas hinchadas	NO	SI

**Si usted no ha tenido una histerectomía, por favor de dar la fecha de su última regla menstrual.**

---

Doctor/PA de firmar aquí:

---