

# Cuestionario Inicial Sobre Historia Familiar

Nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_

Cuestionario llenado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

M  F

## Hogar

Favor de enumerar todos los que viven en el hogar.

Nombre	Relación con el Niño (a)	Fecha de Nacimiento	Problemas de Salud

¿Hay hermanos de el/ellos no mencionados? Si es así, escriba por favor sus nombres, edades y donde viven? \_\_\_\_\_

¿Si la madre o el padre no están viviendo juntos o si el niño(a) no vive con los padres, quien se hace cargo de la custodia del niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Si uno o ambos de los padres no están viviendo en el hogar, que tan seguido ven el/ella al padre/madre que no viven en el hogar? \_\_\_\_\_

## Historia del Nacimiento

El peso del bebe al nacer. \_\_\_\_\_

El bebé nació:  A término  Prematuro  Después de término

¿Si fué prematuro, cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

¿La madre tuvo enferma (dades) o problemas durante su embarazo?  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

Durante el embarazo la madre  
 Fumó  Si  No  
 Tomó bebidas alcohólicas  Si  No  
 Tomó drogas o medicamentos  Si  No

Cuales \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

El parto fué:  Vaginal  Cesárea

¿Si fue Cesárea, porqué? \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas su bebé cuando nació?  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

La alimentación inicial de su bebé fué:  Biberón  Pecho

Su bebé se fué con usted cuando salió del hospital  Si  No

Explique \_\_\_\_\_

## General

Usted considera a su hijo(a) estar en buena salud:

¿Su hijo(a) tiene alguna enfermedad grave?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) lesiones o accidentes graves?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha tendio su hijo(a) alguna cirugía?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a)?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) alérgico a algun medicamento?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

## Desarrollo

¿Está usted preocupada sobre el desarrollo físico de su hijo(a)?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Está usted preocupada sobre el desarrollo mental o emocional de su hijo(a)?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

¿Está usted preocupada por la falta de atención de su hijo(a)?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) está en la escuela:

¿Qué conducta tiene en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Reprobó o repitió algun año en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo le esta llendo con las materias escolares? \_\_\_\_\_

¿Está en clases especiales? \_\_\_\_\_

## Antecedentes Familiares

¿Ha tenido algún miembro de la familia lo siguiente?

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad cardíaca (antes de 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Se orinó en la cama (después de los 10 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso del alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedades inmunológicas, VIH, SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Antecedentes familiares adicionales. _____				

## Historia Médica

¿Su hijo(a) tienen o han tenido lo siguiente?:

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quando _____
Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problemas con los oídos o de sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problemas con los ojos o la visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis, o pulmonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alguna enfermedad del corazón o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Enfermedades de la sangre o la coagulación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Transfusión de sangre.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Infección de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Se orina en la cama (después de los 5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Para las niñas ¿ha tenido su primera menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Tiene problemas con sus menstruaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alguna enfermedad crónica de la piel (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Convulsiones u otras enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Enfermedades de la tiroides o endócrinas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alguna otra enfermedad importante	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Uso del alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____