

**Pediatric Endocrinology**
**COMPLETE AMBOS LADOS**
**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nombre del/la paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Los padres están \_\_\_\_\_ Casados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Nunca casados?

¿Quién vive con el/la paciente? \_\_\_\_\_

¿Va el/la paciente a la guardería? S/N Grado escolar \_\_\_\_\_ Rendimiento escolar \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_ Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

**¿Fumadores en casa? S/N**
**ANTECEDENTES FAMILIARES**

PARENTESCO CON EL PACIENTE	EDAD	ALTURA	PESO	PROBLEMAS DE SALUD
Madre				
Abuela materna				
Abuelo materno				
Padre				
Abuela paterna				
Abuelo paterno				
Hermano (hermano/hermana)				
Hermano (hermano/hermana)				
Hermano (hermano/hermana)				

**Indique OTROS miembros de la familia con las siguientes enfermedades:**

ENFERMEDAD	Relación con el paciente
Enfermedad suprarrenal	
Asma/alergias	
Problemas con el calcio/osteoporosis	
Diabetes	
Problemas con el colesterol	
Infartos o derrames cerebrales antes de los 50	
Presión arterial alta	
Problemas en los riñones	
Enfermedad de la tiroides	
Tumores/cánceres (mencione el tipo)	
Problemas estomacales/de colon	
Vitíligo	
Enumere otras enfermedades:	

**Pediatric Endocrinology**
**ANTECEDENTES MÉDICOS**

El paciente nació \_\_\_\_\_ A término \_\_\_\_\_ Antes de término Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Parto \_\_\_\_\_ Vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea

 Indique los medicamentos que la madre tomó durante el embarazo:
   
\_\_\_\_\_

¿La madre bebió alcohol? S/N Cantidad de tragos por día \_\_\_\_\_

¿La madre fumaba? S/N Cantidad de paquetes por día \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

 Enumere cualquier afección médica importante que tenga el paciente: \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

 Cirugías y fechas: \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

 Otras hospitalizaciones, fechas y motivos: \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos y hierbas que el paciente consuma al momento

MEDICAMENTO	DOSIS (cantidad y con qué frecuencia)	¿Por cuánto tiempo se consumió?

**Pediatric Endocrinology**  
**COMPLETE AMBOS LADOS**

**Nombre del/la paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Desarrollo**

¿Qué edad tenía su hijo/a cuando empezó a caminar? \_\_\_\_\_ a hablar? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún retraso en el desarrollo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía cuando le salió el primer diente? \_\_\_\_\_ ¿Primer diente permanente? \_\_\_\_\_

¿El crecimiento/altura ha sido constante? \_\_\_\_\_

**¿El/la paciente ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente?** (marque la casilla)

Síntoma	Sí	No	N/A	Síntoma	Sí	No	N/A
Bajar de peso				Pérdida o cambios en el pelo			
Aumento de peso				Problemas musculares o articulares			
Dolores de cabeza				Cojear			
Problemas de visión				Convulsiones			
Ronquera				Debilidad			
Problemas de audición				Pérdida del conocimiento			
Múltiples infecciones de oído				Traumatismo craneoencefálico			
Problemas del corazón				Fracturas en los huesos			
Problemas de los riñones				Infecciones por hongos			
Dificultad para tragar				Siempre tiene calor o frío			
Dolor en el pecho				Ansiedad o depresión (círculo)			
Dificultad para respirar				¿Promedio de horas de sueño por la noche?			
Palpitaciones del corazón				Cansancio			
Estreñimiento o diarrea				Problemas para dormir			
Neumonía				Sibilancias			
Sangre en las heces				Tos crónica			
Dolor en el abdomen				Ronquidos			
Sangre en la orina				Infecciones de vejiga			
Sed excesiva				¿El paciente fuma?			
Micción excesiva				¿Hay fumadores en la casa?			
Fiebres recurrentes				¿Cómo está el apetito de la niña?	<b>Mal</b>	<b>Promedio</b>	<b>Bueno</b>
Dolor al orinar				Edad del primer ciclo menstrual:			
Problemas de la piel				¿Sus períodos son regulares?			

**Pediatric Endocrinology**

**Antecedentes de la dieta: Haga una lista de los alimentos típicos que consume durante:**

Desayuno:
Almuerzo:
Cena:
Bocadillos:
Bebidas:

**Actividades:**

Tipo de ejercicio:
¿Cuántos días a la semana?
¿Cuántas horas pasa frente a la pantalla (computadora, videojuegos, televisión)? Día de semana _____ Fin de semana _____

**Si la atienden hoy por la diabetes, complete TAMBIÉN a continuación.**

¿Con qué frecuencia por semana tiene niveles bajos de azúcar en sangre que requieren asistencia (círculo): 0 1-3 >3

¿Ha tenido hinchazón o infecciones en los lugares de inyección/infusión? (círculo)      Sí No

¿Dónde administra sus inyecciones/pone los equipos de infusión? \_\_\_\_\_

¿Ha funcionado mal la bomba? (círculo)      Sí      No

¿Cuándo fue su último examen de la vista? (Mes/Año) \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen dental? (Mes/Año) \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe? (Mes/Año) \_\_\_\_\_

¿Cuántos días de escuela (o trabajo para los padres) ha perdido en los últimos 3 meses debido a la diabetes?

\_\_\_\_\_