



Cuestionario Médico
Medical Questionnaire
Edades 0-12
Ages 0 – 12

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Child's Name _____ Date of Birth _____

Cuestionario completado por: _____

Questionnaire filled out by _____

Relación con el niño: _____

Relationship to child _____

Fecha de la visita: _____

Date of visit _____

Antecedentes Prenatales/Neonatales (por favor llénelo si su niño tiene menos de tres años):

Prenatal/Neonatal History (please fill out if your child is less than 3 years old):

1. ¿Cuántos meses estuvo embarazada con su niño? _____

How many months were you pregnant with your child?

2. ¿Cuántas semanas/meses tenía de embarazo cuando fue a su primera visita al doctor? _____

How many weeks/months were you into the pregnancy when you made your first visit to the doctor?

3. ¿Tuvo algún problema durante su embarazo? Sí No

Any problems during your pregnancy? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

If yes, please list

4. ¿Qué tipo de parto? Vaginal Cesárea

What type of delivery? Vaginal Cesarean

5. ¿Tuvo algún problema durante el parto? Sí No

Any problems during the delivery? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

If yes, please list

6. Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Birth Weight

Birth Length

7. ¿Tuvo algún problema en la sala cuna del hospital? Sí No

Any problems at the hospital nursery? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor anótelo(s): _____

If yes, please list _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

Antecedentes Médicos:

Medical History:

1. *¿Ha sido diagnosticado su niño con alguna de estas enfermedades o condiciones médicas? (marque todas las que correspondan)*

Has your child been diagnosed with any of these illnesses or medical conditions? (check all that apply)

Anemia (Anemia)

Asma (Asthma)

Enfermedad de Déficit de Atención con/ Hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)
Attention Deficit Disorder w/Hyperactivity (ADHD)

Diarrea crónica (Chronic diarrhea)

Infección crónica del oído (Chronic ear infection)

Diabetes
(Diabetes)

Lesión en la cabeza
(Head injury)

Soplo en el corazón
(Heart murmur)

Alergias nasales/sinusitis
(Nasal allergies/sinusitis)

Reflujo
(Reflux)

Convulsiones/ataques
(Seizures)

Infección de la orina/vejiga
(Urine/bladder infection)

Otra, especifique _____
(Other specify)

Mi niño no tiene ninguna de estas enfermedades.
My child does not have any of these illnesses.

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

2. ¿Ha sido internado su niño en el hospital alguna vez? Sí No
Has your child ever been admitted to a hospital? Yes No

Si la respuesta es Sí,

If yes,

- a. ¿Cuál fue la razón? _____
What was the admission for?
- b. ¿Qué edad tenía su niño? _____
How old was your child?
- c. Nombre y ciudad del hospital _____
Name of hospital and city

3. ¿Ha tenido su niño alguna cirugía? Sí No
Has your child ever had any surgeries? Yes No

Si la respuesta es sí,

If yes,

- a. ¿Para qué fue la cirugía? _____
What was the surgery for?
- b. ¿Qué edad tenía su niño? _____
How old was your child?
- c. Nombre y ciudad del hospital _____
Name of hospital and city

4. ¿Tiene su hijo alguna alergia a comidas o medicamentos? Sí No
Does your child have any allergies to food or medications? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor anótelas

If yes, please list

5. ¿Están las vacunas del niño al corriente? Sí No
Are your child's immunizations up to date? Yes No

**Si la respuesta es no, ¿cuáles están
pendientes?** _____

If no, which are pending?

6. Por favor marque todo lo que corresponda a la salud de su hijo en este momento
Please check all that apply to your child's health at this time

Falta de energía
(Loss of energy)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

- Pérdida de peso*
(Weight loss)
- Aumento de peso*
(Weight gain)
- Problemas con su vista*
(Trouble with eyesight)
- Usa lentes o espejuelos*
(Wears glasses)
- Tiene dificultad para oír*
(Difficulty hearing)
- Sus dientes están descoloridos y se rompen fácilmente*
(Teeth are discolored and break easily)
- Sus encías sangran fácilmente*
(Gums bleed easily)
- Sangra por mucho tiempo después de una cortada*
(Bleeds for a long time after a cut)
- Respiración silbante*
(Wheezing)
- Dolores musculares*
(Muscle aches)
- Dolor o hinchazón en las articulaciones*
(Joint pain or swelling)
- Urticaria*
(Hives)
- Eczema*
(Eczema)
- Mi hijo no tiene ninguno de estos problemas.***
My child does not have any of these problems.

7. ¿Está tomando su niño alguna medicina o vitaminas actualmente? Sí No

Is your child taking any medications or vitamins now? Yes No

Si la respuesta es sí, ¿qué está tomando? _____

If yes, what is he/she taking?

¿Para qué enfermedad/condición está tomando esta medicina(s)? _____

What illness/condition is he/she taking this for?

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

8. ¿Quién es el doctor de su niño? _____
Who is your child's doctor?
¿En qué pueblo/ciudad tiene el doctor su consultorio? _____
In what town/city does the doctor have his/her practice?

Antecedentes Médicos Familiares
Family Medical History

¿Alguno de los hermanos (as), padres o abuelos del niño sufren de alguna de las siguientes condiciones médicas?
(Marque todas las que corresponden, e identifique el miembro de la familia afectado)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

Do any of your child's siblings, parents or grandparents suffer any of the following medical conditions? (Check all that apply and identify the family member affected by each illness)

- Anemia* _____
(Anemia)
- Asma* _____
(Asthma)
- Retraso en el habla, movimiento o entendimiento de las cosas* _____
(Delay in talking, moving around or understanding things)
- Diabetes* _____
(Diabetes)
- Adicción a drogas/alcohol* _____
(Drug/alcohol addiction)
- Ha tenido muchas fracturas en los huesos* _____
(Had a lot of broken bones)
- Ha tenido muchos dientes descoloridos, rotos o astillados* _____
(Had a lot of discolored, broken or chipped teeth)
- Enfermedad del corazón* _____
(Heart disease)
- VIH/SIDA* _____
(HIV/AIDS)
- Pérdida auditiva* _____
(Loss of hearing)
- Retraso Mental* _____
(Intellectual disability)

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

- Alergias nasales* _____
(Nasal allergies)
- Hemorragias nasales; se le hacen moretones fácilmente* _____
(Nosebleeds; bruises easily)
- Enfermedades psiquiátricas o mentales* _____
(Psychiatric or mental illness)
- Convulsiones/Ataques* _____
(Seizures)
- ¿Alguien fuma en su casa?
(Does anyone in your household smoke?)
- Otras (por favor anótelas)* _____
(Other) (please list)
- Nadie en mi familia tiene ninguno de estos problemas o enfermedades**
No one in my family has any of these illnesses or problems

Antecedentes del Desarrollo (por favor llene si su niño tiene menos de tres años):

Developmental History (please fill out if your child is less than 3 years old):

1. ¿A qué edad su niño hizo lo siguiente por primera vez?

At what age did your child do the following for the first time?

- a. **Rodarse** _____
Roll over
- b. **Sentarse solo** _____
Sit up on his/her own
- c. **Pararse** _____
Stand up
- d. **Caminar** _____
Walk
- e. **Correr** _____
Run
- f. **Decir palabras con claridad** _____
Clear words

2. ¿Su niño ya dice frases u oraciones? Sí No
Is your child already talking in phrases or sentences? Yes No

3. ¿Su niño ya está entrenado para ir al baño? Sí No
Is your child already toilet-trained? Yes No

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

4. ¿Qué haces cuando tu hijo (hija) no sé porta bién?

What do you do if your child is acting up?

Asiste a una Guardería/Escuela

Daycare/School Attendance

1. ¿A su niño lo cuida alguna otra persona? Sí No

Does your child have a babysitter? Yes No

Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar

If yes, give name and location

¿Qué días y horas pasa su niño con la persona que lo cuida? _____

Which days and what hours does your child spend with the babysitter?

2. ¿Va su niño a una guardería? Sí No

Does your child attend a daycare center? Yes No

Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar: _____

If yes, give name and location

3. ¿Va su niño a la escuela? Sí No

Does your child go to school? Yes No

Si la respuesta es Sí, escriba el nombre y lugar: _____

If yes, give the name and location

4. ¿En qué grado escolar está su niño? _____

Which grade is your child in?

5. ¿Cómo va su niño en la escuela?

How is your child doing in school?

Excelente Bien Promedio Reprobando

(Excellent) (Good) (Average) (Failing)

6. Si su niño está reprobando en la escuela, ¿cuál es el problema?

If your child is failing at school, what is the problem?

7. ¿Asiste su niño a algún programa después de la escuela? Sí No

Does your child attend an after-school program? Yes No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre y lugar: _____

If yes, give name and location

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Child's Name Date of Birth

Antecedents Sociales

Social History

1. *Por favor escriba los nombres de los adultos y niños que viven actualmente en la misma casa que su niño, y la relación que tienen con su niño:*

Please list all adults and children currently living in same home as your child and their relationship to your child

2. *¿Ha estado su familia involucrada con el DSS (Departamento de Servicios Sociales)?* Sí No

Has your family had any previous involvement with DSS? Yes No

Si la respuesta es sí, por favor escriba el año y la razón:

If yes, please list the year and reason for involvement

3. *¿Ha estado expuesto su niño a violencia doméstica?* Sí No

Has your child ever been around domestic violence? Yes No

Comentarios Adicionales del Proveedor de Salud:

Additional Comments by Healthcare Provider

Questionario revisado por: _____ **Fecha de Revisión:** _____
Questionnaire reviewed by **Proveedor de Salud** Review Date
Healthcare Provider