

**COMPLETE ESTOS DOCUMENTOS ANTES DE LA CITA**

Marque qué problemas afectaron notablemente al niño.

**Constitucional**

- Aumento de peso reciente  
\_\_\_\_\_ (cantidad)
- Pérdida de peso reciente  
\_\_\_\_\_ (cantidad)
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre

**Ojos**

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de la visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Sensación de tener algo en el ojo
- Picazón en los ojos

**Garganta, nariz y oídos; boca**

- Pérdida de la audición
- Sangrado nasal
- Pérdida del olfato
- Nariz seca
- Goteo nasal
- Sangrado en las encías
- Llagas en la boca
- Boca seca
- Ronquera
- Dificultad para tragar

**Cardiovascular**

- Dolor en el pecho
- Presión sanguínea alta

**Respiratorio**

- Falta de aire al respirar
- Tos
- Tos con sangre
- Sibilancias (asma)

**Gastrointestinal**

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor de estómago
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en la materia fecal
- Acidez estomacal

**Genitourinario**

- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Úlceras en las partes privadas

*Solo para mujeres:*

¿El período menstrual es regular?

- Sí  No

¿Cuál fue la última fecha del período?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sistema tegumentario (piel)**

- Moretones frecuentes
- Sarpullido \_\_\_\_\_
- Sensibilidad a luz solar (alergia al sol)
- Tensión
- Caída del cabello
- Cambio de color en pies o manos a causa del frío

**Neurología**

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Adormecimiento u hormigueo en las manos
- Adormecimiento u hormigueo en los pies
- Pérdida de la memoria
- Sudores nocturnos

**Alergias/sistema inmunitario**

- Estornudos frecuentes
- Urticaria

**Problemas en la sangre y linfáticos**

- Glándulas hinchadas

**Psiquiátrico**

- Ansiedad
- Se enoja fácilmente
- Depresión
- Dificultad para dormirse
- Dificultad para quedarse dormido

**Endócrino**

- Sed excesiva
- Orina excesiva

**Musculoesquelético**

- Rigidez por la mañana, ¿cuánto dura?  
\_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Horas
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Dolor de espalda
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones

Escriba qué articulaciones se afectaron en los últimos 6 meses.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**ANTECEDENTES MÉDICOS**

¿Tiene el niño o tuvo alguna vez lo siguiente? Marque lo que corresponda.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> Ansiedad               |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia                   | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales            | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal               | <input type="checkbox"/> Fiebre del valle       | <input type="checkbox"/> Psoriasis              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn            | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia      | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa               | <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades importantes |   |   |

**ANTECEDENTES SOCIALES**

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

¿El paciente usa tabaco?  Sí  No    ¿Alcohol?  Sí  No

¿Usa usted algún medicamento por motivos que no son médicos?  Sí  No

En caso afirmativo, describir \_\_\_\_\_

¿Hace actividad física con  Sí  No    Horas por semana: \_\_\_\_\_

Tipo de actividad: \_\_\_\_\_

Grado escolar \_\_\_\_\_ Grados \_\_\_\_\_

Cantidad de días perdidos en la escuela debido a la enfermedad reumática \_\_\_\_\_

**VIAJES** durante el último año: \_\_\_\_\_

**Tomografías por emisión de positrones:** \_\_\_\_\_

**VACUNAS:**  Varicela (cuándo) \_\_\_\_\_

Al día  Vacuna contra la varicela

Fecha de la última \_\_\_\_\_

**Cirugías**

*Tipo y año*

*Tipo y año*

1.	3.
2.	4.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**FAMILIAR VIVO**

**FAMILIAR MUERTO**

	Edad	Problemas de salud	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				

Cantidad de hermanas \_\_\_\_\_ Cantidad de hermanos \_\_\_\_\_ Cantidad de fallecidos \_\_\_\_\_

Problemas de salud de hermanos y hermanas \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

¿Sabe si algún familiar consanguíneo tiene o tuvo las siguientes enfermedades? (Marque las opciones que corresponda e indique el parentesco).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psoriasis _____                            | <input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Lupus _____                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____           |
| <input type="checkbox"/> Síndrome febril _____                      | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta _____        |
| <input type="checkbox"/> Espondiloartritis anquilosante _____       | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____     |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea _____                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____     |
| <input type="checkbox"/> Artritis juvenil _____                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____        |
| <input type="checkbox"/> Gota _____                                 | <input type="checkbox"/> Asma _____                          |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____                     | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____                        |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia _____                         |  |

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Practitioner Printed Name