



**Date of Clinic Visit:** \_\_\_\_\_ (información para el personal)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio para correspondencia \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre o la madre \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el cuestionario \_\_\_\_\_

Médico de cabecera del paciente \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Otros médicos (nombre y dirección) que deben recibir copia de nuestro informe

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

¿Hay algún tema delicado que no quiere que hablemos delante del niño? Explique.

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

¿Cuál piensa usted que es el motivo de esta consulta?

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

¿Qué preguntas querría que respondiéramos en esta consulta?

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

¿La División de Genética evaluó o se hicieron exámenes genéticos a algún otro familiar? ¿Cuáles?

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

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PARTO**

¿Qué número de embarazo fue el del paciente para la mamá? \_\_\_\_\_

Edad de la madre cuando nació el paciente \_\_\_\_\_ Edad del padre \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre alguna complicación o enfermedad durante el embarazo?  Sí  N Si sí, aclarar \_\_\_\_\_

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

¿Se expuso a medicamentos, tabaco, alcohol y drogas recreativas? Sí  N  Si sí, aclarar \_\_\_\_\_

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

¿Se expuso a sustancias químicas o radiación, etc.? Sí  N  Si sí, aclarar \_\_\_\_\_





Resultados anormales de las ecografías: Sí  N  Describa: \_\_\_\_\_

¿Algún examen genético durante el embarazo (biopsia de vellosidades coriónicas, amniocentesis, examen prenatal clínico)?

Sí  N  Resultados: \_\_\_\_\_

Hospital o lugar del nacimiento \_\_\_\_\_ Duración del embarazo (semanas) \_\_\_\_\_

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

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Longitud al nacer \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo el niño en el hospital luego del parto? \_\_\_\_\_

Tiempo en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NICU) \_\_\_\_\_

Problemas de salud o complicaciones durante el parto \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Describe la dieta actual del niño (tipo de alimento o fórmula, frecuencia, rechazo).

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente el paciente.

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

¿Usa el niño algún equipamiento? Sí  N  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías que tuvo el niño (incluya edad y fecha aproximadas).

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Enumere todas las veces que el niño pasó la noche en el hospital (incluya fecha aproximada, motivo y duración de la hospitalización y qué se hizo).

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Enumere todos los exámenes genéticos especiales (ej. estudios cromosómicos, estudios metabólicos, estudios de ADN, etc.) e incluya el nombre del médico que ordenó el examen, por qué se hizo y el resultado.

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Enumere todos los estudios por imágenes que se hicieron (ej. resonancias magnéticas, ecografías, radiografías, etc.) e incluya el nombre del médico que ordenó el examen, por qué se hizo y el resultado.

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



**Marque todos los problemas de salud del niño e indique la edad en el momento del diagnóstico**

**Generales:**

- Fiebre \_\_\_\_\_
- Pérdida de peso \_\_\_\_\_
- Aumento de peso \_\_\_\_\_
- Cansancio \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Garganta, nariz y oídos:**

- Infecciones de oído frecuentes \_\_\_\_\_
- Pérdida de la audición \_\_\_\_\_
- Congestión \_\_\_\_\_
- Ronquidos \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Ojos:**

- Usa anteojos \_\_\_\_\_
- Astigmatismo \_\_\_\_\_
- Ojo vago o estrabismo \_\_\_\_\_
- Conductos lagrimales obstruidos \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Piel:**

- Sarpullidos \_\_\_\_\_
- Marcas de nacimiento \_\_\_\_\_
- Eccema \_\_\_\_\_
- Ictericia \_\_\_\_\_
- Problemas con la cicatrización de heridas \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Corazón:**

- Soplo \_\_\_\_\_
- Desmayo \_\_\_\_\_
- Dolor en el pecho \_\_\_\_\_
- Se pone morado \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Pulmón:**

- Tos \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Respiración dificultosa \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal:**

- Falta de apetito \_\_\_\_\_
- Selectivo con la comida \_\_\_\_\_
- Come demasiado \_\_\_\_\_
- Reflujo esofágico \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**FRECUENTES:**

- Vómitos \_\_\_\_\_
- Diarrea \_\_\_\_\_
- Estreñimiento \_\_\_\_\_
- Dolor abdominal \_\_\_\_\_

**Urogenital:**

- Se orina en la cama \_\_\_\_\_
- Infecciones urinarias \_\_\_\_\_
- Sangre en la orina \_\_\_\_\_
- Testículos no descendidos \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Neurológico:**

- Dolores de cabeza \_\_\_\_\_
- Migrañas \_\_\_\_\_
- Convulsiones \_\_\_\_\_
- Problemas para dormir \_\_\_\_\_
- Problemas de equilibrio \_\_\_\_\_
- Debilidad \_\_\_\_\_
- Tono muscular bajo \_\_\_\_\_
- Tono muscular alto \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético:**

- Fracturas de huesos \_\_\_\_\_
- Demasiado flexible \_\_\_\_\_
- Demasiado rígido \_\_\_\_\_
- Dolor muscular \_\_\_\_\_
- Dolor en las articulaciones \_\_\_\_\_
- Hinchazón en las articulaciones \_\_\_\_\_
- Escoliosis \_\_\_\_\_
- Luxación de articulaciones \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Hemolinfático:**

- Sangrado nasal \_\_\_\_\_
- Moretones espontáneos \_\_\_\_\_
- Sangrado prolongado \_\_\_\_\_
- Ganglios inflamados \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico:**

- Conducta \_\_\_\_\_
- Berrinches \_\_\_\_\_
- Depresión \_\_\_\_\_
- Ansiedad \_\_\_\_\_
- Hiperactividad \_\_\_\_\_
- Psicótico \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**Endocrino:**

- Problemas con la regulación de temperatura \_\_\_\_\_
- Azúcar en sangre bajo \_\_\_\_\_
- Azúcar en sangre alto \_\_\_\_\_
- Problema hormonal \_\_\_\_\_
- Bebe u orina demasiado \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_



**Alergias, Inmunología:**

- Infecciones frecuentes
- Alergias alimentarias
- Alergias ambientales
- Otros \_\_\_\_\_

Edad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere los especialistas que atendieron al paciente (cardiólogo, endocrinólogo, neurólogo, etc.) e incluya el nombre del médico, cuándo lo vio y los diagnósticos.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:**

¿A qué edad desarrolló el niño estas habilidades?

Voltearse \_\_\_\_\_ Sentarse solo \_\_\_\_\_ Gatear \_\_\_\_\_

Caminar solo \_\_\_\_\_ Pudo decir una palabra \_\_\_\_\_ Dos palabras juntas \_\_\_\_\_

Oraciones \_\_\_\_\_ Ir al baño solo \_\_\_\_\_

¿Le preocupa el desarrollo del niño?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le preocupa la conducta del niño?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Recibe el niño alguna terapia? Sí  N  Si sí, marque con un círculo las terapias que recibe el niño:

Del habla / Física / Ocupacional / De desarrollo / De alimentación / Musical / Para la vista / Equina

Nombre de la escuela del niño \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

¿Clases normales? Sí  N  ¿Clases de educación especial? Sí  N  ¿Clases sobre recursos? Sí  N

Si no asiste a la escuela, ¿cuál fue el nivel de educación más alto que obtuvo? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Quién es el cuidador principal del niño? \_\_\_\_\_

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

Servicios actuales (marcar todos los que correspondan): DDD, CRS, AHCCCS, WIC, seguro privado, otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Los antecedentes familiares detallados son una herramienta clave en los exámenes genéticos. Indique qué familiares tienen las siguientes enfermedades y escriba el parentesco con el paciente al lado o abajo de la enfermedad que corresponda.

**Por ejemplo: Problemas de audición o sordera - padre o hermano del paciente**

Anomalías al nacer	Audición, sordera
Pérdida de embarazos (aborto espontáneo)	Vista, ceguera
Muerte intrauterina, muerte infantil	Riñón
Estómago, intestino	Hígado
Convulsiones, epilepsia	Glándulas (tiroides, hormonas)
Problemas de aprendizaje, educación especial	Huesos
Discapacidad intelectual	Columna vertebral
Enfermedades mentales	Estatura muy alta o muy baja
Diabetes o problemas con el azúcar	Anomalías en la sangre
Corazón	Músculos
Cáncer, tumores	Anomalías genéticas conocidas
Muertes súbitas, sin explicación	
Estatura de la madre _____	Estatura del padre _____

**Antecedentes familiares u otra información en la familia (use una hoja separada de ser necesario).**

---



---



---

**Nombres y fechas de nacimiento de los hermanos (varones y mujeres) del paciente:**

---



---



---

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Practitioner Signature/*Firma del profesional*

\_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Time/*Hora*

\_\_\_\_\_  
Printed Name/*Nombre en letra de imprenta*  
PCH10694 Rev. 5 (05/2017) Translation Services