

Patient Sticker Here



Children's Hospital Colorado

www.childrenscolorado.org

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA FORMULARIO DE ANTECEDENTES PARA PACIENTES NUEVOS (NEUROLOGY DEPARTMENT - NEW PATIENT HISTORY FORM)

Nombre del niño/paciente _____ Fecha de nacimiento del niño _____

Nombre de la persona que llena este formulario _____ Parentesco _____

¿Cuál es su mayor inquietud el día de hoy? _____

¿Qué preguntas quiere que respondamos hoy?

1. _____

2. _____

3. _____

Médico de cabecera (pediatra) _____

Otros médicos involucrados en el cuidado de su hijo/del paciente _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

(Por favor, también incluya los suplementos, productos herbarios o vitaminas)

Table with 5 columns: Medicamentos, Dosis, Frecuencia, Fecha en que comenzó a tomarlo, Efectos secundarios

ANTECEDENTES DE SALUD

Hospitalizaciones _____

Cirugías _____

Accidentes graves/lesiones a la cabeza _____

Medicamentos administrados en el pasado (nombre, dosis, cuándo se administró y efectos secundarios):

¿Las vacunas de su hijo están al día? Sí No

Vacuna antigripal Sí No

Continúa al reverso



Alergias

A medicamentos _____ Al medioambiente _____ A alimentos _____

Pruebas

Incluya el tipo de prueba, la fecha y los resultados:

Prueba	Fecha	Resultados	Prueba	Fecha	Resultados	Prueba	Fecha	Resultados
Electroencefalograma (EEG)			Imágenes por resonancia magnética (MRI)			Tomografía		
Análisis de laboratorio			Vista			Audición		

¿SU HIJO TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

	No	Sí	Describa		No	Sí	Describa
Crecimiento (cambios en la estatura y el peso)				Estómago			
Sueño				Vejiga/intestinos			
Salud mental/problemas de temperamento /problemas de conducta				Huesos/músculos			
Piel				Sangre			
Ojos				Sistema hormonal			
Oídos/Nariz/Garganta				Sistema nervioso			
Corazón				Aprendizaje			
Pulmones				Otro			

DESARROLLO

¿Con que mano escribe/come su hijo? _____

¿Su hijo favoreció una mano antes de cumplir 12 meses de edad? Sí No

Si su desarrollo es normal, marque aquí y no llene la información de abajo acerca de la edad _____

Si su desarrollo está retrasado, escriba la edad a la que logró los siguientes hitos evolutivos:

EDAD	EDAD	EDAD
____ se volteó	____ balbuceó	____ pasó un juguete de una mano a otra
____ se sentó solo	____ se rio	____ comió una galleta solo
____ gateó	____ dijo 'mamá' o 'papá'	____ usó el baño solo durante el día
____ caminó	____ dijo una oración de dos palabras	____ usó el baño solo durante la noche

Terapia	No	Sí	Cuándo/Dónde
Fisioterapia			
Ergoterapia (ocupacional)			
Logopedia (para el habla)			

Escuela

Grado que cursa en la escuela _____ Nombre de la escuela: _____
 Clases regulares Sí No
 Clases especiales Sí No
 Clases especiales anteriormente Sí No
 Modificaciones (plan de educación individualizado/plan 504) Sí No
 Desempeño escolar: Excelente__ Bueno__ Promedio__ Por debajo del promedio__ Reprueba__
 Actividades/deportes: _____

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO PARA LA MADRE DEL PACIENTE
(PREGNANCY HISTORY FOR MOTHER OF CHILD)

Edad de la madre al dar a luz _____

¿Cuántos embarazos previos a este? _____

¿Durante el embarazo sucedió alguno de los siguientes?

	No	Sí	Describe
Atención prenatal – ¿cuándo comenzó a recibir atención prenatal?			
Pruebas prenatales (de sangre/muestra de vellosidades crónicas /alfetoproteína)			
Infección/enfermedad/influenza			
Sangrado			
Imágenes radiológicas/rayos X/ ultrasonidos			
Trabajo de parto prematuro			
Presión arterial elevada			
Nivel elevado de azúcar en la sangre/Diabetes			
Medicamentos (recetados/de venta libre)			
Consumo de alcohol/drogas/tabaco			

TRABAJO DE PARTO, PARTO Y ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO

Término completo _____ Prematuro, ¿cuántas semanas prematuro? _____

Parto vaginal _____ Cesárea, ¿por qué se efectuó la cesárea? _____

Peso del bebé al nacer _____

¿Tuvo problemas después del parto o durante la primera semana de vida?

	No	Sí	Describe
Problemas respiratorios/uso de oxígeno			
Ictericia (ojos y piel amarillos)			
Convulsiones			
Problemas alimenticios			
Otros problemas			

¿Cuántos días estuvo el recién nacido en el hospital? _____

Continúa al reverso

**ANTECEDENTES FAMILIARES
(FAMILY HISTORY)**

Anote a los parientes biológicos del paciente/niño (padres, abuelos, hermanos/hermanas) con alguna de las siguientes afecciones:

	Parentesco y nombre
Convulsiones/Epilepsia	
Tics/movimientos involuntarios/temblores	
Dolores de cabeza/migraña	
Mareo por el movimiento	
Desmayo/síncopes	
Derrame cerebral/problemas de coagulación/sangrado	
Trastornos cardiacos/del corazón	
Problemas de aprendizaje/déficit de atención e hiperactividad/dislexia	
Retrasos del desarrollo	
Defectos congénitos/síndromes genéticos	
Problemas autoinmunes (tiroides, diabetes, esclerosis múltiple)	
Problemas del temperamento/problemas de salud mental	
Consumo de drogas	
Otros	

**ANTECEDENTES SOCIALES
(SOCIAL HISTORY)**

El niño vive con: los padres biológicos uno de los padres el padre/la madre y el padrastro/la madrastra
 tutor legal padres adoptivos otros: _____

Nombre de los padres Edad Ocupación

Hermanos/hermanas (nombre y edad):
 Nombre Edad

