# Pediatric ENT New Patient

**Questionnaire (Spanish)**

2019-04-24 FINAL 1 of 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | MRN | *Fecha de Nacimiento* | Fecha |
| Teléfonos |  |  |  |  |
| C | T | M |  |  |
| Nombre de la |  |  |  |  |
| Farmacia | Teléfono |  |  |
| ¿Cómo supo de nosotros?* Referido por otro médico (Por favor denos el nombre)
* Referido por un amigo.
* Nos encontro en el internet
* UT reputación
* Otro *(Sea especifico)*
 |
| Médico #1 ( referido por éste médico) |
| Nombre | Fax |  | Teléfono |  |
| Dirección | Ciudad, Estado | Zona Postal |
| Médico #2 ( referido por éste médico ) |
| Nombre | Fax |  | Teléfono |  |
| Dirección | Ciudad, Estado | Zona Postal |

## Importante Nota en Previos Expedientes y Radiografías

Por favor de traer su expediente médico. En particular, previas radiografías de la naríz y senos nasales, estos son muy importantes. Por favor de obtener sus rediografías anteriores (no sólo el reporte del Radiólogo); preferimos las radiografías en un disco con formato CD-ROM.

## ¿Que símptoma le da más problemas a su hijo/a?

Siguiente Página

**Historia de la Enfermedad Actual**

¿Cuál es la razón de la visita hoy?

¿Por cuánto tiempo su hijo/a a tenido este problema?

**Página 2 de 3**

¿Qué otros médicos han visto a su hijo/a con este problema?

Su hijo/a ha sido evaluado por uno de ellos:

 Alergólogo

 Neumólogo

 Patólogo del habla

 Odontólogo/Dentista

 Gastroenterológo

## Historia Médica

¿Su niño/a tiene ó a tenido cualquiera de los siguientes?

 TDAH

 SIDA/VIH positivo

 Alergias

 Anemia

 Asma

 Enfermedades de la sangre

 Transfusión de sangre

 Cáncer

 Enfermedades del corazón

 Fibrosis Quística

 Diabetes

 Sindrome de Down

 Infecciónes del oído

 Epilepsia / convulsiones

 Problemas de audición

 Insufisiencia Cardíaca

 Hemofilia

 Hepatitis A

 Hepatitis B or C

 Hospitalizado al nacer

 Latidos irregulares del córazon

 Problemas de los riñones

 Enfermedades de los pulmones

 Enfermedades psiquiátricas

 Reflujo

 Enfermedad de células falciformes

 Enfermedades de los senos nasales

 Faringitis estreptocócica

 Tuberculosis

¿Cómo fue su parto?

 Término completo

 Prematuro ( # semanas)

 Uno

 Gemelos ( Fraternal  Idénticos\_ )

 Mύltiples (# )

Por favor liste previas círugias:

Por favor liste previas hospitalizaciones:

¿Su hijo/a tiene otros problemas médicos no mencionados anteriormente?

 Sí

 No

*(Si dice que sí, por favor describa)*

Por favor escriba los medicamentos que toma:

¿Es su hijo/a alérgico algún medicamento?

 Sí

 No

¿Es su hijo/a alérgico al látex?

 Sí

 No

*(Si dice que sí, por favor describa)*

¿Su hijo/a tiene alguna otra alergia?

 Sí

 No

*(Si dice que sí, por favor describa)*

Siguiente Página 

**Página 3 de 3**

**Historia Familiar**

Algún miembro de su familia (vivo ó muerto) a tenido cualquiera de estas enfermedades:

 Sida

 Alergias

 Problemas con anestesia

 Asma

 Enfermedades de la sangre

 Cáncer

 Fibrosis Quística

 Diabetes

 Mareos

 Líquido en los oídos ó infecciónes

 Sangreo excesivo

 Epilepsia / convulsiones

 Dolores de cabeza

 Problemas de audición

 Hemofilia

 Alta presión sanguinea

 Problemas de los riñones

 Enfermedad de células falciformes

 Enfermedades de los senos nasales

 Apnea del sueño

 Infartos

 Enfermedades de la tiroides

 Problemas de las amígdalas

 Tuberculosis

## Historia Social

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Está su hijo/a en la guardería? Sí No |  |
| ¿Está su hijo/a en la escuela? Si No | Detalles |
| ¿Su hijo/a usa chupete ó chupón? Sí No | Detalles |
| ¿En su casa alguien fuma? Sí No | Detalles |
| Información de hermanos ó hermanas: |
| Por favor denos los nombres de hermanos ó hermanas vistos en esta clínica y las razones de la visita ó tratamiento. |