

**Pediatric Specialists of Texas | Cuestionario Sobre los Antecedentes del Nuevo Paciente:
Hematología/Oncología Pediátrica**

Fecha de la Visita Inicial: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del Médico de Cabecera: _____

Dirección del Médico, Ciudad, Código Postal: _____

Teléfono del Médico: (____) _____

¿Quién vive en la casa con el paciente? _____

Nombres y edades de los demás niños: _____

¿Alguno(a) de los(as) hermanos(as) tiene algún problema médico? _____

Si la respuesta es sí, especifique _____

¿Llegó a término en el embarazo? () No () Sí Semanas _____ El niño nació por: () Vía Vaginal () Cesárea

Peso del niño al nacer: _____ ¿Estuvo el niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU, por sus siglas en inglés)? _____ Semanas en NICU _____

¿Hubo algún problema durante el embarazo, el parto o después del parto? _____

¿Alimentación al pecho? () No () Sí Número de meses _____

Dieta: () Fórmula () Alimentos que se sirven en la mesa () Suplementos especiales () Alimentación por sonda () Nutrición Parenteral Total

Por favor marque cualquiera de los siguientes problemas que haya tenido su niño:

- () Diabetes () Problemas de lenguaje () Asma
- () Problemas cardíacos () Problemas para caminar () Convulsiones
- () Problemas renales () Problemas de la vista () Problemas de sangrado
- () Problemas pulmonares () Problemas de aprendizaje () Urticaria
- () Problemas hepáticos () Problemas psicológicos () Moretones inusuales
- () Caídas frecuentes/lesiones () Dolor en los huesos () Estreñimiento
- () Problemas de audición () Sudores nocturnos () Otro _____
- () Circuncisión

Hospitalizaciones previas/enfermedades: _____

Alergias a algún alimento o medicamento: _____

Medicamentos que toma actualmente en la casa:

¿Su niño recibe: () fisioterapia () terapia ocupacional () terapia del lenguaje?

Si es así, ¿Dónde? _____

¿Su niño va a la escuela / guardería? ¿Dónde? _____

Historia Familiar

- () Diabetes () Trastornos de sangrado () Accidentes Vasculares Cerebrales
() Cardiopatía/Ataques () Coágulos sanguíneos () Abortos espontáneos
() Anemia () Otro _____

¿Existe algún problema familiar que pueda estar afectando a su niño? _____

¿Tiene algún problema de transporte que pudiera impedir su asistencia a la cita?

Otro tipo de información: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

(Por favor escriba con letra de molde)

Staff Only:

Information Reviewed By: _____

Date: _____