

Pediatric Specialists of Virginia Expediente de Tratamiento de la División of Urología Ambulatoria Urologia Cuestionario Familiar, Pagina 1 de 2	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE Primer Nombre del Niño(a): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre Apellido del Niño(a): _____ <input type="checkbox"/> Mujer Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____	

LA RAZON DE LA VISITA DE HOY ¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?	HISTORIAL DE NACIMIENTO ¿Hubo algún problema durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Su hijo(a) nació a tiempo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si no nació a tiempo, a cuantas semanas nació su hijo(a)? _____ ¿Cuánto peso su hijo(a) al nacer? _____
--	--

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES PREVIAS ¿Su hijo(a) Ha sido hospitalizado o a le han hecho una cirugía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				En caso afirmativo, escríbalos a continuación, empezando por la más reciente; si es mas que tres especifique el numero _____
Edad	Problema (motivo de hospitalización o cirugía)	Nombre del Hospital	Fechas de la hospitalización o cirugía	

HISTORIAL MÉDICO Y RECONCILIACIÓN ¿Está su hijo(a) actualmente tomando cualquier receta, sin receta o medicinas herbarias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No está seguro					En caso afirmativo, escríbalos a continuación.
¿Cuál es el nombre del medicamento?	¿Qué cantidad de este medicamento se toma en cada dosis?	¿Cuántas veces al día se toma este medicamento?	¿Cuándo fue la última vez que tomo este medicamento?	¿Qué trata este medicamento?	

HISTORIAL SOCIAL ¿Es usted tutor legal del niño(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si no, escribe el nombre del tutor legal: Nombre: _____ ¿En qué grado está el niño(a) actualmente? Grado: _____ <input type="checkbox"/> No esta en la escuela ¿Cuál es el rendimiento del niño(a) en la escuela? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Malo ¿El niño(a) ha viajado fuera del país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Esta el niño(a) expuesto al humo del tabaco? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si contestó sí, ¿quién fuma?	Por favor proporcione la orden judicial si el tutor no
--	--

	Por favor continúe respondiendo a las preguntas en la parte posterior. [ATR Form Version 01/2020]
--	---

Pediatric Specialists of Virginia Expediente de Tratamiento de la División of Urología Ambulatoria Urologia Cuestionario Familiar, Pagina 2 de 2	

HISTORIAL FAMILIAR

¿Enfermedades que tengan los familiares de su hijo(a) Marque DK (No sé por sus siglas en inglés) si no está seguro.
Si respondió algún sí, ¿qué miembro de la familia tiene qué enfermedad?

Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Problemas de Sangrado	=
Cálculos Renales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Cálculos Renales	=
Infección Urinaria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Infección Urinaria	=
Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Insuficiencia Renal	=
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Diabetes	=
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Presión Arterial Alta	=
Hernias Inguinales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Hernias Inguinales	=
Testículos No Descendidos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Testículos No Descendidos	=
Anormalidades En El Pene	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> DK	Anormalidades En El Pene	=

ANÁLISIS DE SINTOMAS Marque todos los síntomas que su hijo(a) tiene.

<u>General</u>	No	Sí	<u>Corazón</u>	No	Sí	<u>Oído, Nariz, Garganta</u>	No	Sí	<u>Articulaciones</u>	No	Sí
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Piel</u>	No	Sí	<u>Pulmones</u>	No	Sí	<u>Nervios</u>	No	Sí	<u>Estomago / Intestinos</u>	No	Sí
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancia/Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomitando / Nauseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarpullidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Hormono / Endocrino</u>	No	Sí	<u>Ojo</u>	No	Sí	Dolor de Cabeza o Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Déficit de Atención (ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes de Heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gracias por completar este cuestionario. <i>[ATR Form Version 01/2020]</i>
--	--