

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre del Niño(a): _____ Sexo: Hombre
 Mujer

Apellido del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

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

General	No	Sí	Corazón	No	Sí	Oído, Nariz, Garganta	No	Sí	Articulaciones	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"/>
Piel	No	Sí	Pulmones	No	Sí	Nervios	No	Sí	Estomago / Intestinos	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"/>
Hormono / Endocrino	No	Sí	Ojo	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"/>

INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS

- ¿Ha tenido su hijo(a) alguna infección de las vías urinarias? Sí No
- ¿A qué edad fue su primera infección? _____
- ¿Cuántas infecciones de las vías urinarias tiene su hijo(a) al año? Sólo 1 1 O 2 3 O 4 Más De 4
- ¿En qué fecha fue su última infección de vías urinarias? _____
- ¿Qué síntomas tuvo durante la infección de vías urinarias?

<input type="checkbox"/> Se mojó	<input type="checkbox"/> Orinaba frecuentemente
<input type="checkbox"/> Duele al orinar	<input type="checkbox"/> Náusea/vómito
<input type="checkbox"/> Fiebre de más de 100 Grados	<input type="checkbox"/> Muchas ganas de evacuar
<input type="checkbox"/> La orina olía mal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal/ de espalda
- ¿Le dio una infección de las vías urinarias a su hijo(a) mientras tomaba antibióticos? Sí No
- Si contestó sí, ¿qué antibiótico estaba tomando cuando le dio la infección de las vías urinarias? _____
- ¿Tiene su hijo(a) reflujo urinario? Sí No No lo sé
- ¿Existe un historial de reflujo urinario en la familia? Sí No No lo sé

MOVIMIENTOS DEL INTESTINO/HECES/HÁBITOS DE DEPOSICIÓN

- Vea las imágenes y descripciones en la tabla de registro de evacuaciones de Bristol, encierre en un círculo el tipo de movimiento intestinal que su hijo(a) tiene con más frecuencia: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7

Registro de Evacuaciones de Bristol			Tipo 4: Con forma de salchicha o serpiente, lisa y suave
	Tipo 1: Bolas duras y separadas, como nueces (difíciles de evacuar)		Tipo 5: Glóbulos suaves con bordes bien definidos (fáciles de evacuar)
	Tipo 2: Con forma de salchicha, pero abultada		Tipo 6: Piezas esponjosas con bordes irregulares, blandas
	Tipo 3: Con forma de salchicha o serpiente, pero con grietas en la superficie		Tipo 7: Aguado, no hay piezas sólidas (totalmente líquido)

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 Cuestionario del Paciente de Seguimiento de WISH, Pagina 2 de 2	

IOWA PEDIATRIC BLADDER & BOWEL DYSFUNCTION QUESTIONNAIRE

Marque con un círculo sus respuestas a las siguientes preguntas:	0	1	2	3	4
1. Durante el día, mojo mi ropa, o mi ropa interior	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
2. Para no orinarme cruzo las piernas, me pongo en cuclillas o bailo la "danza de la pipi"	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
3. Me duele cuando orino	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
4. Tengo que apretar o hacer esfuerzo para comenzar a orinar	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
5. Espero al último segundo para ir a orinar	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
6. Cuando tengo ganas de orinar no puedo esperar, de otra forma mojo mi ropa o mi ropa interior	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
7. Cuando termino de orinar, siento que tengo que orinar más	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
8. Me mojo de repente sin haber sentido ganas de orinar	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
9. Solo orino 1-3 veces al día	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Pocas veces por semana	A diario
10. Me orino en la noche mientras duermo	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Pocas veces por semana	Todas las noches
11. Uso pañales o calzones desechables en la noche	Nunca	Menos de 1 vez por semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Pocas veces por semana	Todas las noches
12. ¿Con qué frecuencia defecas?	Al menos 1 vez al día	Cada tercer día	Cada pocos días	1 vez a la semana	Menos de 1 vez a la semana
13. Me duele cuando defeco	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
14. Tengo que apretar o hacer esfuerzo para defecar	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
15. Mi excremento es tan grande que tapa el inodoro	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
16. Mi excremento es duro y pequeño, como bolitas de conejo	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
17. Tengo accidentes con mis heces	Nunca	Menos de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez a la semana	Alrededor de 1 vez al día	Más de 1 vez al día
18. Algunos niños se sienten avergonzados, ansiosos, o no hacen cosas con sus amigos porque tienen problemas de orina o heces. ¿Qué tan importante fue para ti este problema en el último mes?	No tengo problemas	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema mediano	Un problema grande

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