

Endocrinology new patient appointment – Diabetes/high blood sugar

SPANISH

Patient label

Le damos la bienvenida a las clínicas pertenecientes a la División de Endocrinología Pediátrica de la Universidad de Kentucky. Por favor ayúdenos a saber más de usted completando este formulario. Si no tiene certeza de cómo responder alguna pregunta, déjela en blanco y la abordaremos más adelante. ***Por favor traiga este cuestionario a su primera cita.***

Nombre completo del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre y dirección del proveedor que refirió a su hijo(a) a nuestra clínica:

Médico primario (si es diferente al proveedor antes mencionado): _____

Razón por la cual ha sido referido(a) a la Clínica de Endocrinología: _____

HISTORIAL MÉDICO

Alergias (Por favor mencione todas las alergias que tenga al medio ambiente, alimentos o a medicamentos):

¿Qué tipo de diabetes tiene su hijo(a)? _____ Edad en que se diagnosticó: _____

¿Alguna vez a participado en una clase de educación sobre la diabetes? ☐ Si ☐ No

Si lo ha hecho, ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ ¿Quién asistió? _____

¿Ha padecido su niño(a) de?: ☐ Asma ☐ Varicela ☐ Trauma Craneal ☐ Convulsiones

¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a)? ☐ Si ☐ No

Si es así por favor mencione la fecha, el hospital y la razón por la cual fue ingresado(a): _____

¿Le han hecho cirugía alguna vez? ☐ Si ☐ No

Si le han operado, por favor mencione la fecha, el hospital y la razón por la cual fue operado(a): _____

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema médico adicional en el pasado? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique _____

¿Tiene sus vacunas al día? ☐ Si ☐ No ☐ No estoy seguro(a)

HISTORIA DEL PARTO

Nació su bebé ☐ A Término ☐ Prematuro ☐ Después de la fecha de parto

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

¿Hubo algún problema durante el embarazo, labor de parto o el parto como tal? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique _____

¿Tuvo que quedarse el bebé en el hospital después del parto debido a algún problema?

¿Durante los primeros meses de vida, tuvo algún problema con su alimentación o su crecimiento?

HISTORIA SOCIAL y DESARROLLO FÍSICO MOTOR

¿En qué grado está su niño(a)? _____ ¿Nombre de la escuela? _____ ¿Condado? _____
 ¿Cómo es su desempeño docente? _____
 ¿Cuántas veces ha faltado a la escuela durante este curso escolar? _____
 ¿Tiene usted alguna preocupación especial o presenta problemas relacionados con la escuela? _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor provea la siguiente información acerca de los *familiares inmediatos* de su hijo(a):

Familiar:	Edad	Estatura	Peso	Problemas importantes de salud
Hermanos:				
Hermanas:				
Madre:				
Abuela Materna:				
Abuelo Materno:				
Padre:				
Abuela Paterna:				
Abuelo Paterno:				

¿Alguien en su familia padece de las siguientes enfermedades (incluyendo abuelos y tíos)?

Diabetes ☐ No ☐ Si (Parentesco) _____
 Problemas de la Tiroides ☐ No ☐ Si (Parentesco) _____
 Problemas de Crecimiento ☐ No ☐ Si (Parentesco) _____

Por favor mencione si algún tipo de enfermedad es común en su familia: _____

¿Existen algunos otros problemas hormonales en su familia (problemas con el calcio, las glándulas paratiroides, cálculos renales, etc.)? Si es así por favor menciónelos: _____

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO

Por favor prepárese para hablar con el educador de diabetes acerca de la insulina y los suministros que necesita su hijo(a)

Medicamento: _____ Dosis: _____ Recetada por: _____

HIPOGLICEMIA (niveles bajos de azúcar)

¿Usa su hijo(a) una identificación de alerta? ☐ Si ☐ No
 ¿Siempre tiene algo consigo (caramelos, dulces, etc.) en caso de que le baje el azúcar?
☐ Todo el tiempo ☐ Usualmente ☐ Raramente ☐ Nunca
 ¿Qué síntomas padece su hijo(a) usualmente cuando le bajan los niveles de azúcar?

¿Ha tenido su niño(a) convulsiones o ha perdido el conocimiento debido a un bajón de azúcar?
☐ Si ☐ No
 ¿Tiene Glucagón en la casa? ☐ Si ☐ No
 ¿Quién sabe cómo usarlo? _____
 ¿Cuándo y cómo usaría usted el Glucagón? _____

¿Aproximadamente cuántas veces ha tenido que usar el Glucagón con su hijo(a)? _____

HIPERGLICEMIA (niveles altos de azúcar)

¿Usted sabe qué cosa es Cetoacidosis Diabética (DKA)? ☐ Si ☐ No
 ¿Ha tenido que llevar a su hijo(a) al sala de emergencia o ha sido ingresado(a) debido a elevados niveles de azúcar en sangre o DKA?
☐ Si ☐ No Si es así, ¿cuándo? _____

ACTIVIDADES FÍSICAS

¿Hace ejercicios su hijo(a) regularmente (20 minutos al día, 3 veces por semana)? ☐ Si ☐ No
 ¿Participa su niño(a) en actividades extraescolares o deportivas? ☐ Si ☐ No
 Si es así, explique qué tipo de actividad, la frecuencia con que practica, y cuál es su duración:

COMPLICACIONES

¿Consume su hijo(a) tabaco (fuma)? ☐ Si ☐ No ☐ No se
 Si es así: ¿Cajetillas al día? _____ Años que lleva fumando _____
 ¿Consume su hijo(a) alcohol? ☐ Si ☐ No ☐ No se
 Si es así: ¿Cuánto toma? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Visita al dentista regularmente? ☐ Si ☐ No

¿Padece su niño(a) de alguna de las siguientes complicaciones? Marque todas las que tenga.

Cardiovascular: ☐ Hipertensión (Presión alta)
☐ Derrame
 Ojos: ☐ Retinopatía Fecha del último examen: _____
☐ Glaucoma
☐ Cataratas
 Renal (Riñones): ☐ Microalbuminuria Fecha del último examen de orina de 24 horas: _____
☐ Presencia de Proteína en la Orina
☐ Fallo Renal
 Neuropatía: ☐ Tracto Digestivo ☐ Problemas en los pies: ☐ Dolor ☐ Úlceras
☐ Uñas enterradas (Uñeros) ☐ Callos

VIVIENDO CON DIABETES

¿Qué parte del cuidado de la diabetes realiza su hijo(a)? _____

¿Qué parte del cuidado de la diabetes le resultan más difíciles a usted y a su hijo(a)? _____

¿De qué modo interfiere la diabetes con su ritmo de vida diario? _____

LISTA DE CONTROL DE SÍNTOMAS DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

El propósito de esta lista de control es ayudarnos a identificar síntomas importantes que se relacionan con el estado de salud general y el bienestar de su hijo(a). En nuestra clínica, abordaremos los asuntos que puedan afectar el crecimiento, la pubertad y el sistema endocrino de su hijo(a).

¿PADECE SU HIJO(A) EN ESTOS MOMENTOS DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

	SÍ	NO	COMENTARIOS
Problemas visuales o en los ojos			
Problemas auditivos o en los oídos			
Dolores de cabeza frecuentes			
Mareos o pérdida de balance frecuentes			
Debilidad			
Fatiga en aumento			
Falta de aire			
Frecuencia cardíaca rápida			
Dolores de estómago frecuentes			
Vómitos frecuentes			
Diarreas frecuentes			
Estreñimiento frecuente			
Presencia de sangre en la orina o heces fecales			
Cambios en el apetito			
Sed excesiva			
Orina excesiva o aumentando en frecuencia			
Orina frecuente durante la noche			
Se orina en la cama			
Infecciones urinarias			
Pubertad temprana o tardía			
Periodos irregulares			
Secreciones vaginales			
Dolores musculares o en las articulaciones			
Salpullido, urticaria (comezón) o moretones en la piel			
Historial de fracturas óseas			
Alergias a medicamentos o alimentos			
Cambios en el desempeño escolar- mejor o peor			
Cambios en el estado anímico o el comportamiento			
Cambios en el horario del sueño			
Estrés o preocupaciones recientes en la escuela o el hogar			

¿Cuándo fue la última vez que su pediatra o médico de familia le hizo un chequeo general? _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Provider Signature: _____ Date: _____