

Endocrinology new patient appointment – Not Diabetes
SPANISH

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): _____

Nombre y dirección de otros proveedores que puedan brindar información médica importante acerca de su hijo(a), incluyendo talla y peso: _____

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

¿Cuándo notó el problema por primera vez? _____

¿Ha habido algún cambio en la naturaleza o severidad de la enfermedad desde que comenzó a padecerla?

☐ Ninguno ☐ Aumentó ☐ Disminuyó ☐ Otro _____

¿Algún otro miembro de la familia con cierto grado de consanguinidad ha padecido o padece de la misma condición? ☐ Sí ☐ No

Si es así por favor mencione quién, cuándo y que parentesco tiene: _____

HISTORIAL MÉDICO

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

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

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

Si es así, por favor explique _____

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

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO

Medicamento:

Dosis:

Recetada por:

¿Ha tomado su hijo(a) medicamentos en el pasado por más de 3 semanas? Por favor mencione esos medicamentos y la razón por la cual le fueron recetados.

HISTORIA DEL PARTO

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

Semanas de gestación si fue prematuro o se retrasó: _____

Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Inducido ☐ Fórceps ☐ Otro: _____

☐ Cesárea (motivo): _____

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?

Por favor marque la casilla que corresponda si hubo presencia de alguna estas condiciones durante el embarazo de este niño(a):

☐ Hipertensión (Presión alta) ☐ Consumo de alcohol ☐ Consumo de drogas

☐ Consumo de tabaco ☐ Uso de medicamentos ☐ Niveles de azúcar en sangre elevados

☐ Otro: _____

HISTORIA NUTRICIONAL

Su bebé: ☐ Lactó ☐ Se alimentó con fórmula ☐ Ambos ☐ ¿Por cuánto tiempo? _____

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

HISTORIA SOCIAL y DESARROLLO FÍSICO MOTOR

Edad Prescolar: ¿Logró su hijo(a) alcanzar todos los objetivos del desarrollo físico-motor?

(caminar, hablar, sentarse, etc.) ☐ Sí ☐ No

Edad escolar: ¿En qué grado está su niño(a)? _____ ¿Nombre de la escuela? _____

¿Condado? _____ ¿Cómo es su desempeño docente? _____

¿Tiene usted alguna preocupación especial o presenta problemas relacionados con la escuela? _____

DESARROLLO y PUBERTAD

¿Cuándo mostró su hijo(a) las primeras señales de que comenzaba la pubertad? _____

Por favor describa qué fue lo primero que notó: _____

Para las hembras: ¿A qué edad comenzó su período? _____ ☐ No se cumple

(A) ¿Cuánto le dura el período? _____ días, y ¿cada cuánto tiempo menstrua? _____

(B) ¿Cuándo fue su último ciclo menstrual? _____

(C) Mencione si existe algún problema relacionado con sus periodos: _____

HISTORIA FAMILIAR

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

Familiar:	Edad	Estatura	Peso	Edad en que comenzó a menstruar	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: _____

LISTA DE CONTROL DE SÍNTOMAS

En la próxima página verá una lista de control de varios síntomas. Por favor complete esta lista identificando los posibles síntomas que usted piense sean significativos en estos momentos.

Gracias por tomarse el tiempo para brindarnos esta información. Por favor recuérdale a su pediatra o médico de familia que nos envíe una copia de la historia clínica de su hijo(a) incluyendo las gráficas que muestran sus curvas de crecimiento. Si tiene información en el hogar que nos permita ver el historial de su crecimiento y desarrollo; como archivos o álbumes de bebé, reportes de la escuela o la guardería o, mediciones en la pared de la casa, estos también nos podrían ayudar a evaluar posibles problemas médicos relacionados con su desarrollo y crecimiento. Siéntase libre de traer toda esta información con usted a su cita.

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: _____