

# FORMULARIO DE INGRESO



Fecha de la consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño(a): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Apellido del niño(a): \_\_\_\_\_

Ustedes son:  Padres Biologicos  Padres de Crianza  Padres Adoptivos  Guardianes Legales

**NOMBRE DEL PEDIATRA:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia:  CVS  Rite Aid  Walgreens  Otra \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Calle de cruce: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

1) ¿Por qué refirieron a su niño a esta oficina?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2) ¿Ha estado hospitalizado su niño?

Sí No

Explique, por favor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) A su niño ¿Le han hecho cirugía(s)?

Sí No

Explique, por favor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4) ¿Tiene su niño algún problema médico significativo (discuta cada uno de ellos):

Sí No

¿Nació prematuro? No. de semanas: \_\_\_\_\_ ¿tiempo en la NICU? \_\_\_\_\_

Problemas neurológicos (convulsiones, problemas de columna, etc.) \_\_\_\_\_

Oídos, Nariz, Garganta (apnea del sueño, infecciones de oídos, etc.) \_\_\_\_\_

Problemas del corazón (soplos, etc.) \_\_\_\_\_

Problemas pulmonares (asma, etc.) \_\_\_\_\_

Problemas gastrointestinales (reflujo ácido, etc.) \_\_\_\_\_

Endocrinológico (diabetes, tiroides, etc.) \_\_\_\_\_

Sangre, problemas inmunitarios (sangrado, infecciones, etc.) \_\_\_\_\_

Músculo esquelético (músculos, huesos, etc.) \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DE INGRESO



**5) ¿Tiene actualmente su niño alguno de los síntomas siguientes (por favor, discuta cada uno)?:**

Sí No

- No localizados (fiebres, escalofríos, disminución del apetito, pérdida de peso, sudores nocturnos, cansancio, cambios en el sueño, trauma reciente) \_\_\_\_\_
- Respiratorio (tos, falta de aliento, sibilancias, tos con flema/moco de la tos) \_\_\_\_\_
- Endocrinológico (hambre excesiva, sed excesiva) \_\_\_\_\_
- Cardiovascular (se pone morado, dolor del pecho, desmayos, cambio en el latido, pérdida del conocimiento) \_\_\_\_\_
- Gastrointestinal (dolor abdominal, náusea o vómitos, estreñimiento, diarrea, reflujo, ingesta difícil, dificultad para tragar, sangre roja brillante por el recto). \_\_\_\_\_
- Hematológico, linfático, sangre de nariz, facilidad para los moretes, anemia, descoloraciones rojas o moradas, sangrado excesivo después de trabajo dentario o lesión) \_\_\_\_\_
- Oídos, Nariz y garganta (goteo nasal, dolor de senos, tapado de oídos, dolor de oídos, ruidos en los oídos) \_\_\_\_\_
- Genitourinario (ardor para orinar, frecuencia, urgencia, sangre en la orina, micción excesiva o prolongada, dificultad para orinar, despertarse para orinar, goteo, disminución de la fuerza del chorro, incontinencia) \_\_\_\_\_
- Músculo esquelético (dolor o hinchazón de articulaciones, dolor muscular, trastornos de la marcha, disminución de la amplitud de movimientos, sonidos burbujeantes o crepitantes, déficit funcional) \_\_\_\_\_
- Piel (ictericia, salpullido, urticaria, picazón, eccema, sequedad o decoloración, abrasiones, marcas de nacimiento) \_\_\_\_\_
- Neurológico (cambios de la vista, olfato, audición o gusto, convulsiones, conciencia alterada, adormecimiento, debilidad de un miembro, pobre equilibrio) \_\_\_\_\_
- Ojos (cambios de la vista, dolor de cabeza, dolor de ojos, visión doble) \_\_\_\_\_
- Alérgica, inmunitaria (hinchazón o dolor de la ingle, axilas o cuello, hinchazón de ganglios linfáticos) \_\_\_\_\_
- Psiquiátricos (depresión, ansiedad, dificultad en la concentración) \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**6) Por favor, haga una lista de los medicamentos que está tomando su niño, incluyendo los recetados y los de compra libre:**

Ninguno

---



---



---



---

# FORMULARIO DE INGRESO



7) ¿Su niño es alérgico a algún medicamento?

SÍ      NO  
   

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

**TIPO DE REACCIÓN**

\_\_\_\_\_

8) ¿Su niño es alérgico a alguna comida?

SÍ      NO  
   

**TIPO DE COMIDA**

**TIPO DE REACCIÓN**

\_\_\_\_\_

9) A su niño ¿Ha tenido :

SÍ      NO  
   

Infecciones de las vías urinarias, infecciones de los riñones  
 Si la respuesta es sí, ¿Tuvo fiebre? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas infecciones? \_\_\_\_\_

Orinarse en la cama, mojarse la ropa de día. \_\_\_\_\_

Frecuencia urinaria \_\_\_\_\_

Estreñimiento \_\_\_\_\_

Cálculos renales \_\_\_\_\_

Problemas con los riñones \_\_\_\_\_

Problemas con los testículos \_\_\_\_\_

Problemas con el pene \_\_\_\_\_

Problemas con la anestesia \_\_\_\_\_

Problemas con frecuentes sangrados de nariz o moretones \_\_\_\_\_

10) ¿Tiene alguien de su familia cercana alguno de los siguientes:

SÍ      NO  
   

Problemas renales \_\_\_\_\_

Problemas con la vejiga urinaria \_\_\_\_\_

Orinarse en la cama \_\_\_\_\_

Cánceres \_\_\_\_\_

Trastornos de coagulación \_\_\_\_\_

Problemas con la anestesia \_\_\_\_\_