



SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th Avenue, Truth or Consequences

Hospital: 575.894.2111 Clínicas: 575.894.3221

NUEVO PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Formulario completado por: ☐ Paciente ☐ Otro Nombre _____ Relación: _____

Alergias ☐ Ninguna

Alergia	Reacción

Medicamentos y suplementos ☐ Ninguno

Medicamento/Suplemento	Dosis	Veces al día

Cirugías y hospitalizaciones ☐ Ninguna

Tipo	Fecha	Ubicación/Centro

Antecedentes prenatales/antenatales (para pacientes lactantes y niños pequeños)

¿La madre recibió atención prenatal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿dónde?	
¿Alguna complicación durante el embarazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿cuáles fueron?	
¿El paciente nació a término (37 semanas o más)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Peso al nacer:
Tipo de alimentación: <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Ambos	

Antecedentes del desarrollo

¿Alguna vez le preocupó el desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique.
¿Su hijo(a) recibe actualmente algún tipo de terapia especial, como terapia ocupacional, fisioterapia o del habla? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique.
¿Su hijo(a) recibe actualmente alguna terapia educativa especial, como intervención temprana o educación especial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique.
¿Le preocupa el comportamiento de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique.

Antecedentes médicos personales ☐ Ninguno

✓	Enfermedad/Afección	Fecha de diagnóstico
	Consumo de alcohol/Consumo de tabaco/Consumo de drogas	
	Asma	
	Marcas de nacimiento	
	Labio leporino/paladar hendido	
	Depresión/Ansiedad	
	Tendencia suicida/Trastorno bipolar	
	Diabetes	
	Retraso en el crecimiento	
	Problema cardíaco (soplo, ritmo anormal)	
	Hipertensión arterial	
	Lengua grande/macroglosia	
	Enfermedad renal	
	Enfermedad tiroidea	
	Migraña/dolor de cabeza	
	Sobrepeso/obesidad	
	Infecciones recurrentes	
	Anemia	
	Problemas estomacales (dolor, acidez estomacal, etc.)	
	Convulsiones/Epilepsia	
	Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa	
	Problemas hemorrágicos	

Historial de infecciones Marque todas las opciones que correspondan

✓	Infección	✓	Infección
	Varicela		Resfríos frecuentes
	Sarampión		Neumonía
	Paperas		Fiebre reumática
	Rubéola		Amigdalitis
	Escarlatina		Infecciones recurrentes del oído
¿Vacunas al día? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO(A)			

Mantenimiento de la salud

Prueba	Fecha	Centro/Proveedor	¿Resultado anormal? Sí o No
Prueba de audición			
Examen de la vista			
Prueba de detección del autismo			

Antecedentes médicos familiares: ☐ Ninguno ☐ Desconocido

Marque todas las opciones que correspondan.	Consumo de alcohol o drogas	Asma	Cáncer: (tipo ____)	EPOC	Depresión/ansiedad	Trastorno bipolar/Tendencia suicida	Diabetes	Muerte prematura	Enfermedad cardíaca	Hipertensión arterial	Enfermedad renal	Accidente cerebrovascular	Enfermedad tiroidea	Migrañas	Enfermedad autoinmune
Madre															
Padre															
Hermano															
Hermana															
Hijo(a)															
Abuela materna															
Abuelo materno															
Abuela paterna															
Abuelo paterno															

Antecedentes sociales

¿Su hijo(a) asiste actualmente a la escuela/guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué escuela asiste su hijo(a)? ¿En qué grado está su hijo(a)?	
¿Alguien fuma en su casa? En caso afirmativo, ¿dentro o fuera de la casa?	
¿Consuma tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo... <input type="checkbox"/> ¿Cigarrillos? <input type="checkbox"/> ¿Cigarros? <input type="checkbox"/> ¿Vapeo? <input type="checkbox"/> ¿Tabaco de mascar?	
<u>Responda si es USUARIO(A) ACTUAL</u> ¿Cuántos al día? ¿Cuántos años? ¿Está interesado(a) en dejar de fumar?	<u>Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)</u> Fecha de abandono: ¿Cuántos al día? ¿Cuántos años?
¿Su hijo(a) bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día?	
¿Su hijo(a) consume alguna sustancia recreativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Su hijo(a) ha usado alguna vez agujas para inyectarse drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
¿Su hijo(a) es sexualmente activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Método anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Anillo <input type="checkbox"/> Nexplanon <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Depo Provera	
¿Su hijo(a) hace ejercicio con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? ¿Con qué frecuencia?	
¿Cuántas horas duerme su hijo(a) en promedio?	¿Cómo calificaría la dieta de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala

Otros proveedores/especialistas ☐ Ninguno

Proveedores/Centro	Especialidad

Revisión de sistemas: marque todas las opciones que correspondan.

✓	CONSTITUCIONAL	✓	CARDIOVASCULAR	✓	MUSCULOESQUELÉTICO
	Fiebre		Dolor en el pecho		Dolores articulares
	Escalofríos		Taquicardia/palpitaciones		Inflamación articular
	Sudores		Latidos cardíacos irregulares		Dolor en las piernas al caminar
	Cansancio		Hinchazón en las piernas		Dolores musculares
	Cambios en el apetito				Dolor de cuello/rigidez en el cuello
	Cambios en el peso	✓	GASTROINTESTINAL		Aumento del tono muscular
			Dolor abdominal		Debilidad muscular
✓	Otorrinolaringología/Cabeza/Ojos		Náuseas/vómitos		
	Cambio en la visión		Estreñimiento	✓	NEUROLÓGICO
	Dolor de oído		Diarrea		Mareos
	Secreción del oído		Reflujo ácido/acidez estomacal		Aturdimiento
	Pérdida de la audición/zumbido en los oídos		Sangre en las heces		Problemas de equilibrio
	Hemorragias nasales		Dolor en el recto		Parálisis de cualquier parte del cuerpo
	Presión en los senos paranasales				Cefaleas
	Estornudos	✓	ENDOCRINO		Entumecimiento/hormigueo
	Inflamación facial		Cambios en el cabello		Convulsiones
	Congestión de los senos paranasales		Cambios en la piel		Temblores
	Llagas en la boca		Aumento de la sed		Debilidad
	Dolor de garganta		Aumento del apetito		
	Problemas para tragar			✓	PSIQUIÁTRICO
	Salivación	✓	GENITOURINARIO		Aumento de factores estresantes
			Dolor al orinar		Problemas de comportamiento
✓	RESPIRATORIO		Frecuencia urinaria		Confusión
	Tos		Aumento de la micción nocturna		Depresión
	Dificultad para respirar		Sangre en la orina		Ansiedad/Agitación
	Sibilancia		Menstruaciones dolorosas		Disminución de la concentración
	Espujo		Menstruaciones abundantes		Alucinaciones
	Opresión en el pecho		Períodos irregulares		Trastornos del sueño
	Atragantamiento		Aspecto genital anormal		Pensamientos suicidas
	Ronquidos fuertes		Dolor testicular		
			Llagas genitales	✓	OTROS PROBLEMAS
✓	HEMATOLÓGICO				
	Fácil aparición de hematomas/sangrado	✓	PIEL		
	Inflamación de los ganglios linfáticos		Erupciones		
			Úlceras/heridas		
			Cambio de lunar		