

Cuestionario Para Nuevos Pacientes de Oftalmología Pediátrica

Si usted no es menor de edad, por favor solicite un cuestionario para adultos

¿Quién es su médico pediatra? _____

¿Qué doctor le derivó (refirió) a nuestra clínica? _____

¿Qué problema de los ojos está teniendo su niño? _____

FARMACIA _____ **TELEFONO** _____

Datos del Nacimiento

¿Nacido a término? Sí No Si no, ¿Que tan prematuro? _____

Antecedentes Médicos de su Niño (Marque todo aquello que corresponda)

Artritis

Asma

ADD

ADHD

Alergias

Problemas de Sangrado

Cáncer

Anótelos _____

Parálisis cerebral

Problema Cromosómico

 Atraso del desarrollo

Diabetes

Síndrome de Down

Infecciones de oído frecuentes

Enfermedad del corazón

Anótelos _____

Problemas renales

Neumonía

Trastorno epiléptico

Problemas de la piel

Antonello _____

Atraso del desarrollo

Problemas de la tiroides

Problemas urinarios

Los antecedentes de salud ocular de su niño (Marque todo aquello que corresponda)

Ambliopía (Ojo perezoso) D I

Bloqueo del ducto lacrimal D I

Cataratas D I

Vista Cruzada

Parpado caído D I

Glaucoma D I

Lentes

Lesión del ojo D I

Desprendimiento de retina D I

Estrabismo

Hospitalizaciones:

Cirugías:

Antecedentes Familiares de Salud (Marque todo aquello que corresponda y la relación con la persona)

Asma

Defectos de nacimiento

Anótelos _____

Problemas de sangrado

Cáncer

Anótelos _____

Problemas con el colesterol

Sordera

Atraso del desarrollo

Diabetes

Enfermedad cardiaca

Alta presión en la sangre

Enfermedad del hígado

Enfermedad pulmonar

Enfermedad mental

Anótelos _____

Trastornos musculares

Enfermedad de célula falciforme
(Drepanocitosis)

Derrame

Problemas de la tiroides

Historial Social:

El niño vive con Ambos padres Madre Padre Otro: _____

Numero de hermanos(as): _____ Asuntos sociales particulares que debamos conocer:

Enumere los medicamentos que su niño está tomando (Use el reverso de la hoja si lo necesita o muéstrenos su lista personal para revisarla):

Nombre de la Medicina	Dosis	Frecuencia con que la toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anote si el niño es alérgico(a) a algún medicamento:

Revisión de Sistemas: ¿Está su niño experimentando alguno de los siguientes problemas al momento?

Explicación de los Síntomas

OIDOS, NARIZ Y GARGANTA () Si () No
Perdida auditiva, infecciones de oído, tos crónica, etc. _____

CARDIOVASCULAR () Si () No
Problemas del corazón o los vasos sanguíneos _____

RESPIRATORIO () Si () No
Asma, dificultades respiratorias, etc. _____

GASTROINTESTINAL () Si () No
Problemas digestivos o intestinales _____

GENITO URINARIO () Si () No
Infecciones urinarias, enfermedad de los riñones _____

MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES () Si () No
Artritis reumatoide juvenil,
Problemas ortopédicos, etc. _____

PIEL () Si () No
Acné, verrugas (mezquinos), molusco, etc. _____

NEUROLOGICO () Si () No
Dolores de cabeza, hidrocefalia, etc. _____

PSIQUIATRICO () Si () No
Ansiedad, depresión, etc. _____

ENDOCRINO () Si () No
Complicaciones de Diabetes, enfermedad tiroidea, etc. _____

SANGRE, LINFATICO () Si () No
Anemia, colesterolemia, etc. _____

ALERGICO/INMUNOLOGICO () Si () No
Fiebre de heno, alergias, lupus, etc. _____

COMENTARIOS _____

Firma del Padre de Familia

Fecha