

Pediatric Specialists of Texas | Cuestionario del Dolor Abdominal

Para Pacientes de D^{ra} Catherine Brigman

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estimado padre/madre,

Su niño(a) ha sido referido(a) a D^{ra} Catherine Brigman debido a un dolor abdominal. Con el objeto de obtener un mayor provecho de nuestra visita juntos, nos ayudaría mucho si puede responder con anticipación a las siguientes preguntas.

Dolor Abdominal:

1. ¿Cuánto tiempo lleva su niño(a) con el dolor?

2. ¿Qué tan seguido le da?

3. ¿Cuánto tiempo dura?

4. ¿Qué siente cuando le da el dolor?

5. ¿Qué es lo que aminora el dolor?

6. ¿Qué es lo que empeora el dolor?

7. ¿El comer, mejora o empeora el dolor o no están relacionados? (Haga un círculo en su respuesta)

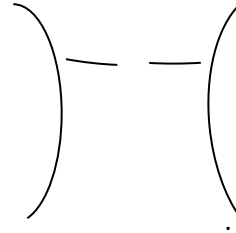
Mejora	Empeora	No están relacionados
--------	---------	-----------------------

8. ¿Hay algunos alimentos que empeoran el dolor?

9. ¿Al tener una evacuación se siente mejor?

- 10. ¿El dolor abdominal despierta a su niño(a) en la noche?
- 11. En el transcurso del tiempo, ¿El dolor parece mejorar, empeorar, o es el mismo?

12. ¿Dónde tiene el dolor? Muéstrello en el dibujo →



- 13. ¿El dolor se mueve? Si es así, ¿Hacia dónde?
- 14. ¿Ha tratado algún medicamento, hasta ahora, para resolver el problema?
Si es así, ¿Le ayudó?

Nombre del Medicamento	Le ayudó (Sí/No/Quizás)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

- 15. ¿Su niño(a) ha estado creciendo normalmente?
- 16. ¿Ha bajado de peso su niño(a)? ¿Qué tanto? (Ejemplo: 5 libras en 1 mes)
- 17. ¿Cómo está su apetito ? (Encierre en un círculo) Muy bueno Bueno Regular Malo
- 18. ¿Su niño(a) ha tenido fiebre recurrente sin motivo?
- 19. ¿Su niño(a) vomita? Sí No ¿Qué tan seguido?
- 20. ¿Alguna vez ha vomitado sangre? Sí No

21. ¿Ha tenido diarrea su niño(a)? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces al día?
¿En la noche?
22. ¿Su niño(a) ha padecido de estreñimiento? Sí No Si la respuesta es sí, ¿Cuántas evacuaciones tiene a la semana? ¿Ha tenido algún accidente en el que haya evacuado en su ropa interior?
23. ¿Hay sangre en sus evacuaciones?
24. ¿Sus heces fecales son negras y de consistencia alquitranada?
25. ¿El abdomen de su niño(a) ha estado hinchado?
26. ¿Ha eruptado?
27. ¿Está echando gases?
28. La regurgitación sucede cuando el ácido estomacal o el contenido del estómago sube a la boca y es tragado -
¿Su niño(a) ha tenido esto? ¿Qué tan seguido? ¿Rara vez o muy seguido?
29. ¿Está preocupado el dentista sobre la erosión del esmalte dental?
30. ¿Ha tenido algún problema al orinar?
31. ¿Ha tenido algún problema con aftas o llagas en la boca?
32. ¿Ha faltado su niño(a) a la escuela debido al dolor?

33. ¿Han mandado a su niño(a) a la casa temprano debido al dolor? ¿Qué tan seguido?
34. ¿Qué tan seguido ve su niño(a) a la enfermera debido al dolor?
35. ¿Ha llegado tarde a la escuela su niño(a) debido al dolor?
36. ¿Hay demasiado estrés en la casa o en la escuela?
37. ¿Ha ido su niño(a) a la sala de Urgencias o ha buscado atención urgente debido al dolor?
- Si es así, ¿Cuándo? ¿Dónde?

¿Qué pruebas le hicieron?:

- ¿Pruebas de laboratorio? _____
- ¿Examen de orina? _____
- ¿Muestra de heces fecales? _____
- ¿Una radiografía simple? _____
- ¿Tomografía computarizada del abdomen? _____
- ¿Ultrasonido? _____

Haga una lista de todas las pruebas (prueba de sangre/muestra de heces fecales/radiología) que su médico de cabecera le ha ordenado con la fecha aproximada por favor:
