

**Pediatric Specialists of Texas | Cuestionario Sobre los Antecedentes del Nuevo Paciente:  
Neurocirugía Pediátrica**

Por favor llene el cuestionario lo mejor posible. Esto le permitirá al médico conocer más sobre el paciente y su estado de salud. Este cuestionario es confidencial y será guardado como parte de su historia clínica.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ (Cel) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre del Madre: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO:**

Peso al Nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas Longitud: \_\_\_\_\_ Circunferencia Cefálica: \_\_\_\_\_

Parto: [ ] Cesárea [ ] Vaginal

1) ¿Hay antecedentes de infección maternal o problemas durante el embarazo? Sí / No / No se  
Si "Sí", por favor proporcione una descripción del problema: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) ¿Hubo exposición a rayos-X? Sí / No / No se  
¿A medicamentos maternos? Sí / No / No se  
Si "Sí", ¿a qué medicamentos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿Hay antecedentes de prematurez? Sí / No Si "Sí" ¿de cuántas semanas? \_\_\_\_\_

4) ¿Se requirieron de cuidados intensivos después del nacimiento? Sí / No / No se  
Si "Sí", ¿de cuántas semanas? \_\_\_\_\_

5) ¿Se requirió de apoyo respiratorio? Sí / No / No se  
Si "Sí", ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

6) ¿Hay antecedentes de hemorragia cerebral? Sí / No / No se

7) Otras complicaciones:  
A) Embarazo: \_\_\_\_\_  
B) Madre: \_\_\_\_\_  
C) Hijo(a): \_\_\_\_\_

8) ¿Tiene su hijo(a) lunares? Sí / No  
Si "Sí", por favor indique dónde se localizan: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE DESARROLLO: (si menos de 5 años de edad)

Por favor indique a qué edad (meses o años) su hijo(a) pudo realizar lo siguiente:

- a) Darse la vuelta \_\_\_\_\_
- b) Sentarse sin apoyo \_\_\_\_\_
- c) Inicia pararse para caminar \_\_\_\_\_
- d) Se paraba sin apoyo \_\_\_\_\_
- e) Empezó a decir Mamá o Papá \_\_\_\_\_
- f) Pudo decir otras palabras \_\_\_\_\_
- g) Empezó a comer por sí solo \_\_\_\_\_
- h) Tomó de una taza \_\_\_\_\_
- i) Empezó a vestirse por sí solo \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES MEDICOS:

1) Por favor coloque los nombres todas las enfermedades que ha padecido su hijo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) ¿Tiene su hijo(a) antecedentes de convulsiones? Sí / No  
Si "Sí", por favor descríbalos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Por favor describa cualquier cirugía que haya tenido su hijo(a), incluyendo las fechas y el nombre del procedimiento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Escriba todos los medicamentos que actualmente esté tomando su hijo(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) ¿Es alérgico su hijo(a) al yodo? Sí / No

6) ¿Es alérgico su hijo(a) a los crustáceos? Sí / No

7) Escriba todas las alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8) ¿Están al día las vacunas de su hijo(a)? Sí / No

9) Por favor incluya cualquier información adicional que usted crea nos sea útil saber: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA:

1) Incluya a todos los hermanos(as) del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2) ¿Existen antecedentes familiares de enfermedades neurológicas? Sí / No

Si "Sí", por favor mencione los miembros de la familia que se encuentren afectados (su parentesco con su hijo(a) y su enfermedad \_\_\_\_\_

PROGRAMA/ITINERARIO ESCOLAR DEL NINO(A)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado/Clase: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Persona a quien Contactar en la Escuela: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Servicios disponibles en la Escuela: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre del Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Use letra de molde)

*Staff Only:*

Information Reviewed By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_