

**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

Anótelo \_\_\_\_\_

Parálisis cerebral

Problema Cromosómico

\_\_\_\_\_  
 Atraso del desarrollo

Diabetes

Síndrome de Down

Infecciones de oído frecuentes

Enfermedad del corazón

Anótelo \_\_\_\_\_

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

Anótelo \_\_\_\_\_

Problemas de sangrado

Cáncer

Anótelo \_\_\_\_\_

Problemas con el colesterol

Sordera

Atraso del desarrollo

Diabetes

Enfermedad cardiaca

Alta presión en la sangre

Enfermedad del hígado

Enfermedad pulmonar

Enfermedad mental

Anótelo \_\_\_\_\_

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):**

<b>Nombre de la Medicina</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia con que la toma</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**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