

Servicios de especialidad pediátrica

Maureen Nelson, MD y Edward A. Wright, MD

Información del paciente de medicina física pediátrica y rehabilitación

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Su nombre/relación con el paciente _____

Médico de atención primaria del menor _____ Teléfono _____

Médico que remite al menor _____ Teléfono _____

Estado médico o diagnóstico principal de salud del menor _____

Razón de la consulta de hoy _____

Nombre y dirección de la farmacia _____

Medicamentos que toma actualmente (puede adjuntar una lista)

Medicamento	Dosis (N.º de píldoras/tabletas/ml)	¿Con qué frecuencia?

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? **SÍ** **NO** Si la respuesta es **SÍ**, enumérelos: _____

¿Su hijo tiene todas las vacunas requeridas para su edad? **SÍ** **NO** **NO ESTÁ SEGURO**

Historial del nacimiento

Peso al nacer _____ Nació a las _____ semanas

Número de hijos _____ Orden de nacimiento del paciente _____

¿Hay eventos significativos relacionados con el nacimiento de su hijo? _____

¿Cuánto tiempo estuvo su hijo en el pabellón de recién nacidos/
unidad de cuidados intensivos neonatales? _____

Historial médico anterior

Enumere cualquier hospitalización, cirugía o pruebas médicas anteriores, incluyendo RMI, pruebas de deglución o radiografías de las caderas o de la columna vertebral.

Edad/fecha	Tratamiento y resultados

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas médicos? (Encierre en un círculo)

Epilepsia	Autismo	Babeo o producción excesiva de saliva
Estreñimiento	Reflujo gastrointestinal	Accidentes intestinales o de la vejiga
Problemas de la columna vertebral	Problemas de las caderas	Problemas de los pies
Restricciones de dieta	Problemas para dormir	Asma, bronquitis o neumonía recurrentes
Problemas para tragar		Dolor (¿Dónde? _____)

Historial familiar

¿Hay condiciones médicas hereditarias en su familia? _____

Enumere la relación de cualquier pariente que tenga lo siguiente y especifique si es del lado materno o paterno.

Trastornos de hemorragias	Cáncer
Diabetes	Accidente cerebrovascular
Enfermedades/trastornos de los nervios o músculos	Dolor crónico
Artritis	Problemas con la anestesia

Historial social

¿Quién vive en casa con su hijo? (adultos, niños, mascotas...) _____

¿Actividades extracurriculares? _____ ¿Cuántos pisos tiene su casa? **Uno** **Dos**

(Encierre en un círculo) ¿Su hijo asiste a clases regulares, clases especiales o clases combinadas?

Grado _____

¿Qué apoyo tiene su hijo en la escuela? si tiene alguno _____

Historial de desarrollo

¿Qué edad tenía su hijo la primera vez que...

se volvió sobre el costado? _____ se sentó sin ayuda? _____ gateó? _____ caminó? _____

dijo sus primeras palabras? _____ se expresó con oraciones? _____ mostró su mano preferida? _____

aprendió a ir al baño? _____

¿Recibe su hijo algún tipo de terapia de rehabilitación?

Terapia	Días/semana	Hogar/escuela/nombre del centro
Habla		
Ocupacional		
Física		
Otra, indique:		

Aparatos de ayuda ¿Cuál de estos usa su hijo? (Encierre en un círculo)

Silla de ruedas Apoyo para caminar Andador Bipedestador Cochecito Equipo para el baño

Estabilizador/férula para las extremidades superiores - derecha, izquierda, ambas – día/noche

Estabilizador para las extremidades inferiores (AFO, SMO) - derecha, izquierda, ambas – día/noche

Manejo del tono muscular

Tipo	Resultados
Medicamentos orales	
Inyecciones de Botox/Fenol	
Enyesado	
Cirugía	

Revisión de sistemas Encierre en un círculo si su hijo tiene cualquiera de los siguientes. Si no, encierre "NO".

General	exceso de aumento de peso, exceso de pérdida de peso, fatiga, problemas para dormir, fiebre	NO
Ojos	actualmente usa lentes, lentes de contacto	NO
Cuello	masas o inflamación	NO
Cardiovascular	inflamación de las piernas, ritmo cardíaco irregular, sensación de desmayo	NO
Respiratorio	sibilancias, tos, le falta el aliento	NO
Gastrointestinal	falta de apetito, estreñimiento, diarrea	NO
Genitourinario	incontinencia urinaria, dolor al orinar, mal olor en la orina	NO
Piel	irritación, lesiones en la piel, vello excesivo en el cuerpo	NO
Neurológico	dificultad para tragar, salivación excesiva, convulsiones, escozor, adormecimiento, dolor de cabeza	NO
Psicológico	deprimido, ansioso, cambios en el comportamiento	NO
Endocrino	cambios en el volumen de orina: aumento en la orina (poliurea)	NO
Hematológico	anemia, glándulas inflamadas, coágulos	NO
Alergias	alergias estacionales	NO