

The Craniofacial Center at Dell Children's Medical Center

**¿Tiene o ha tenido previamente su hijo cualquiera de los siguientes problemas?**

**Constitucional**

Buena salud en general recientemente	No	Sí
Cambio de peso recientemente	No	Sí
Aumentó de peso después del parto	No	Sí
Fiebre	No	Sí

**Ojos**

Enfermedad o lesión ocular	No	Sí
Corrección de Visión (anteojos)	No	Sí
Glaucoma	No	Sí
Visión Doble	No	Sí
Cambios de Visión	No	Sí
Cirugía Ocular	No	Sí
Movimiento anormal de los ojos	No	Sí

**Oídos, nariz, boca y garganta**

Sangrado por la nariz	No	Sí
Sangrado de las encías	No	Sí
Recientemente problemas dentales	No	Sí
Tragar con Dificultad	No	Sí
Tragar con Dolor	No	Sí
Dolor de oído	No	Sí
Dificultad/dolor abriendo la mandíbula	No	Sí
Ronquera	No	Sí
Cambio en la voz	No	Sí
Cambio o pérdida del oído	No	Sí
Falló la prueba de audición	No	Sí
Infecciones de los oídos	No	Sí
Congestión crónica	No	Sí
Sinusitis	No	Sí

**Cardiovascular**

Problemas con el corazón	No	Sí
Suda cuando come	No	Sí
Respiración corta	No	Sí
Soplo del corazón	No	Sí
Cianosis (Poniéndose azul)	No	Sí
Latido cardíaco rápido	No	Sí
Palpitaciones del corazón	No	Sí
Desmayo	No	Sí
Enfermedad congénita del corazón	No	Sí

**Sistema Respiratorio**

Tos crónica o frecuente	No	Sí
Asma o respiración silbante	No	Sí
Respiraciones rápidas	No	Sí
Bronquitis	No	Sí

**Gastrointestinal**

Pérdida de apetito	No	Sí
Cambio en defecación	No	Sí
Nausea o vómitos	No	Sí
Diarrea frecuente	No	Sí
Defecación con dolor	No	Sí
Escupe frecuentemente	No	Sí
Gastritis	No	Sí
Dolor abdominal	No	Sí
Dificultad para comer	No	Sí
Estreñimiento	No	Sí
Enfermedades gastrointestinales	No	Sí

**Síntomas de vías respiratorias/ Apnea del sueño**

Respiración ruidosa	No	Sí
Roncar	No	Sí
Sueño sin interrupción	No	Sí
Dificultad en concentrarse	No	Sí
Dificultad en mantenerse despierto	No	Sí
Se duerme haciendo tareas	No	Sí
Usa el CPAP/BiPAP	No	Sí
Diagnosia previa de Apnea del Sueño	No	Sí

**Genitourinario**

Dolor o ardor al orinar	No	Sí
Sangre en la orina	No	Sí
Infecciones urinarias	No	Sí
Hernias	No	Sí
Orinar con frecuencia o urgente	No	Sí
Enfermedades renales	No	Sí

**Integumentario (piel)**

Erupción cutánea	No	Sí
Marca / Lunar de nacimiento	No	Sí
Lesión cutánea	No	Sí

**¿Tiene o ha tenido previamente su hijo cualquiera de los siguientes problemas?**

**Neurológico**

Mareo	No	Sí
Adormecimiento / insensibilidad	No	Sí
Parálisis	No	Sí
Convulsiones	No	Sí
Lesión de la cabeza	No	Sí
Cambios de comportamiento en la escuela	No	Sí
Cambio de conducta	No	Sí
Dolores de cabeza	No	Sí
Irritabilidad	No	Sí
Problemas con balance y coordinación	No	Sí
Temblores	No	Sí

**Psicológica**

Pérdida de la memoria o confusión	No	Sí
Depresión	No	Sí
Desarrollo atrasado	No	Sí
Retroceso en el desarrollo	No	Sí

**Endocrinología**

Problema hormonal o glandular	No	Sí
Enfermedad de la tiroides	No	Sí
Diabetes	No	Sí
Intolerancia al calor o frío	No	Sí
Sed u orina excesiva	No	Sí
Exploración anormal de recién nacido	No	Sí

**Hematológico / Linfático**

Se moretea fácilmente	No	Sí
Se cura lentamente las lesiones	No	Sí
Anemia	No	Sí
Transfusión previa	No	Sí
Glándulas inflamadas	No	Sí

**Músculo / Esqueleto**

Hinchazón de articulaciones o dolor, rigidez	No	Sí
Fracturas severas, torceduras	No	Sí
Torceduras de espalda, dolor de espalda	No	Sí
Anormalidades óseas, articulaciones, músculos	No	Sí
Problemas con displasia de caderas	No	Sí
Deformidades de los pies (cavo, valgo, calcáneo)	No	Sí

\*530\*

PROVIDER SIGNATURE: \_\_\_\_\_