

Genética Pediátrica Cuestionario para el Paciente

Por favor complete este formulario y envíelo por correo o por fax a nuestra oficina (dirección y número de fax esta arriba). Una vez recibida esta información, entonces podemos proceder a programar la cita de usted o de su hijo[a].

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

El nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo de la madre: _____ Teléfono celular de la madre: _____

Teléfono del trabajo del padre: _____ Teléfono celular del padre: _____

Nombre de la persona que esta completando este cuestionario: _____

Relación con el paciente: _____

Información de Referencia

¿Quién lo refirió a vernos? _____

¿Cuál es la razón por la que ha sido referido? _____

¿Tiene usted alguna pregunta específica que le gustaría que el médico se diriga? Por favor utilice el espacio de abajo.

Historial de Embarazo[s]

¿Cuántas veces ha estado la madre de el paciente embarazada? _____

¿Cuántos hijos/as tiene la madre (por favor indique la edad, el sexo y nombre)? _____

¿Todos los niños/as tienen la misma madre y padre? (en caso de "No", por favor explique) _____

¿Ha tenido la madre algo de lo siguiente (por favor, indique cuantos):

- Abortos espontáneo (por favor especifique: _____)
- Nacido muertos (por favor especifique: _____)
- Embarazos ectópicos (en las trompas) (por favor especifique: _____)
- Abortos voluntarios (electivos) (por favor especifique: _____)

¿Qué edad tenía la madre de la paciente cuando nació el paciente? _____

¿Qué edad tenía el padre del paciente cuando nació el paciente? _____

Con Respecto al Embarazo de la Madre con el Paciente:

Duración del embarazo: _____ (Fecha esperado: _____)

¿Durante el embarazo, estuvo la madre bajo el cuidado de un médico (por ejemplo 40 semanas)? _____

Durante el embarazo, ¿ha tenido alguno de los siguientes? (Si "sí", por favor describa)

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sangrado vaginal o pérdida de líquido? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Infecciones, salpullido y otras enfermedades? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fiebre más de 100F? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Radiografías, hospitalizaciones o cirugías? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cigarrillos o bebidas alcohólicas, exposición al humo de segunda mano? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Drogas u otros medicamentos (aparte de las vitaminas prenatales o hierro) (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ultrasonido (sonograma) (Si "sí", algunas anomalías que se miraron)? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ocupacional, químicos, o otras exposiciones? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿ Detección del suero materno / pruebas de ADN fetal libre de células? (por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Amniocentesis o CVS? (por favor especifique: _____) |

¿Cuando fue la primera vez que sintió el bebé moverse? _____

¿Sintió que el movimiento fue "normal" para usted? (Si "no", por favor describa): _____

Historia del Nacimiento del Paciente:

Lugar de nacimiento (Hospital): _____

Método de nacimiento: vaginal cesárea (Si por cesárea, por favor especifique la razón: _____)

¿Hubo algún problema con el nacimiento? Si sí, por favor especifique: _____

Peso al nacer: _____

Cuanto midió de largo: _____

Circunferencia de la cabeza (si sabe): _____

Puntajes de APGAR (si sabe): _____

¿Pasó la prueba de audición al nacer? _____

¿Notó algunos problemas en el recién nacido (Por ejemplo: dificultad para respirar, ictericia, marca de nacimiento inusual u otra característica física): _____

¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital después del nacimiento? _____

Algún problema con la alimentación (por ejemplo: para mamar o tragar, líquidos saliendo por la nariz)? (Si la respuesta es "sí", por favor describa): _____

Fue el paciente Amamantado [Leche de pecho]? Alimentado con biberón [Leche de formula]?
 ¿O las dos cosas?

Historia del Desarrollo del Paciente

¿Qué edad tenía el paciente cuando él / ella primero:

- _____ se sonrió
- _____ sostuvo la cabeza
- _____ se voltió
- _____ tomó objetos
- _____ se sentó sin ayuda
- _____ gateó
- _____ se paró con ayuda
- _____ se jalo par estar de pie
- _____ caminó
- _____ dio la primera palabra

¿El lenguaje actual del paciente consiste de cuantas palabras? _____

¿El paciente puede hablar en oraciones? Si es así ¿cuántas palabras puede poner el paciente en una frase? _____

¿Se le entiende lo que habla el paciente? _____

¿Actualmente está el paciente matriculado en un tipo de:

- Programa escolar? (¿Donde y cuantas veces va a la escuela?)
 - ¿Clases regulares? _____
 - ¿Educación especiales? _____
- Programa de terapia (¿Donde y cuantas veces va a la terapia? _____)
- Programa de intervención temprana (¿Donde y cuantas veces va a la intervención? _____)

Historia Medica del Paciente

¿El paciente ha tenido algunas enfermedades significantes? (Si "sí", por favor describa): _____

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hospitalizaciones? (Si "sí", indique la fecha, duración en el hospital, el nombre del hospital, y la razón por cual fue admitido): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugías? (Si "sí", por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones? (Si "sí", por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluaciones/exámenes/pruebas previas? (Si "sí", por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pruebas genéticas que a completado antes? (Si "sí", por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imaging (como radiografías, resonancias magnéticas (MRI's), tomografías (CT scan), etc, si "sí", por favor especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El paciente mira algun otro especialistas? (Si "sí", por favor especifique): _____ |

Historia Social

¿Quién vive en la casa? _____

¿Ocupación de la madre? _____

¿Ocupación de la padre? _____

Los padres están: casados separados divorciados solteros otro _____

Los padres de arriba son los padres biológicos? (Si no, por favor explique). _____

Han habido algunos cambios importantes en la familia (Por ejemplo, cambio de dirección, han compartido la casa con otros parientes, enfermedades prolongadas o muertos en la familia)? _____

Historia Familiar

¿Hay historia de alguna de las siguientes condiciones en su familia o en de los padres del paciente? (Viviendo o no). Por Favor incluya a todos los parientes: los padres del paciente, sus hijos, abuelos(as), tías, tíos y primos(as). Si su respuesta es "sí" para alguno de los siguiente, por favor describa en el espacio de abajo.

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algun defectos físicos de nacimiento (por ejemplo, labio leporino, espina bífida, defectos del corazón, etc.)? (Si "sí", por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parto muerto o muerte durante la niñez? (Por favor especifique _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de cromosomas (por ejemplo, síndrome de Down, síndrome de Turner etc.)? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia o otros problemas de la sangre? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Múltiples abortos espontáneo? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fibrosis quística u otro síndrome genético? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso mental, problemas de aprendizaje, or autismo? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ceguedad o sordera? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desordenes de los músculos o nervios? (Por favor especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer? (Si "sí", que tipo? _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna otra enfermedad que "corre en la familia" (Por favor especifique: _____) |

¿Cuáles son los orígenes étnicos de los padres biológicos del paciente?

Madre: _____ Padre: _____

Antecedentes de Paciente

Etnicidad: Hispana o Latina No Hispana o Latina Niego Especificar

Raza: Indígena o Nativa de Alaska Asiática Negra o Afro-Americana
 Hawaiana u otra del Islas de Pacífico Blanca Niego Especificar

¿Hay alguna otra información que pueda ser útil o importante en nuestra evaluación de su hijo[a]?