

Historia de Pacientes Nuevo para la Clinica de Genetica

Fecha: _____

Por favor llenar el cuestionario lo mas que pueda. No se preocupe si no puede contestar ciertas preguntas o no recuerda la informacion para aquellas preguntas.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razon a la cual fue referido a la clinica de Geneticas: _____

Su mayor preocupacion: _____

Quien esta con usted en la visita de hoy: _____

Quien vive en casa con el niño/niña: _____

Historia de Nacimiento del Paciente (paciente que esta siendo atendido hoy):

Edad de la madre en el parto? _____

Paciente Nacio (circulo una del la siguiente): Temprano A tiempo Tarde Si el paciente nacio temprano o tarde, cuantas semanas antes o despues a lo esperado? _____

En que hospital nacio el paciente (nombre, ciudad y estado): _____

Peso del paciente al nacer? _____

Tamaño del paciente al nacer (pulgadas)? _____

Tamaño de la cabeza del paciente (circunferencia) al nacer? _____

Cuando salio el paciente del hospital despues de haber nacido? _____

Parto Vaginal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
Parto Inducido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
Cesaria?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
Bebe nacio de cabeza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se
Algun Problema despues del parto?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Describe:

Historia de Gestacion:

Por favor dar informacion de la madre cuando estuvo embarazada o en cinta con el paciente al cual veremos hoy.

	Si	No	Explique
Medicamentos			
Medicamentos por la libre (Tylenol o Advil)			
Drogas de la calle			
Alcohol/cerveza/vino			
Fuma			
Infecciones			
enfermedades			
Fiebres			
Sangrado			
Brotaciones de Alergias como salpullido			
Rayo-X y Radiaciones?			
Diabetis durante estado?			
Presion Alta?			
Otras preocupaciones:			

Cuando sintio el primer movimiento del bebe: _____ semana / meses (porfavor circule)

Durante su embarazo, los movimientos del bebe fueron normales? Si No

Cuanto fue el peso completo que la madre aumento durante embarazo? : _____ libras

Exámenes hecho durante el embarazo del paciente :

	Si	No	Resultados
Ultrasonido Rutinario			
Ultrasonidos Especialies			
Amniocentesis			
Otros exámenes:			

Desenvolvimiento Temprano del Bebe

Tiene alguna preocupacion en cuanto al desenvolvimiento del paciente, Como y Cuando fue la primer vez que lo noto?

Su creatura ha alguna vez perdido su facultades (desenvolvimiento regresivo)? Si No

Cuantos años tenia el /ella cuando comenzo a:

Sonreir _____ Caminar _____

Voltearse _____ Primeras Palabras _____

Sentarse _____ Entrenado para ir al baño solo/sola _____

Alguna facultad/habilidad que usted crea el paciente haya comenzado tarde?

Informacion Escolar:

Escuela o Daycare: _____ Grado: _____

Su niño o niña atiende clases especiales o recibe alguna ayudaespecial? Si No

Explique _____

Hay algun problema de comportamiento? Si No

Explique _____

Responda si el paciente recibe lo siguiente:

Informacion Escolar (cont.)

Servicios de Terapia Fisica? Si No Servicios de Terapia Ocupacional? Si No

Servicios del Habla? Si No Otra _____

Cuales son las facultades/habilidades de idioma en el paciente? _____

Alguna vez le han hecho examen del nivel de inteligencia al paciente o evaluacion para nivel de desenvolvimiento?

Si No

Caundo, y cual fue el resultado? _____

Por favor indique si el paciente tiene problemas con lo siguiente:

Si No Explique

Apetito, Dormir, Crecimiento			
Ojos o la Vista			
Oidos, nariz, boca, garganta			
Pulmones			
Corazon			
Estomago, intestinos, poblemas al ir al baño			
Riñones, vejiga, genitales			
Musculos, huezos, columna, pecho			
Piel			
Sistema Neurologico			
Psicologia/problemas de comportamiento			
Hormonas, diabetis			
Sangre, enfermedad de la sangre			
Alergias, sistema inmunologico			

Historia Familiar:

Padres del paciente: Madre Padre

Nombre completo
Fecha de Nacimiento
Raza (ejem. Aleman, Holandes, etc.)
Ocupacion
Grado escolar mas alto terminado
Repitio algun grado? Estuvo en clases especiales?
Cuanto embarzos -----

Padre y Madre provienen de la misma familia de sangre? Yes No

Esta actualmente en cinta o planea tener mas hijos? _____

Nombre y edades de los hijos de la madre:

Nombre de los niños	Fecha de Nacimiento	Nombre del Padre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre y edades de los niños del padre, si son diferente a los de los mencionado arriba:

Nombre de los niños	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Madre
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor indique problemas medico de la familia por parte de ambos padres (mama y papa) y diganos exactamente como el familiar se realciona con el paciente (prima, tia, etc).

	Si	No	Quien	Problema
Abortos, stillbirths				
Nacimientos temprano/childhood deaths				
Defectos de nacimiento				
Problemas de Aprendizaje				
Retardacion Mental				
Columna bifida (columnabierta)				
Sindroma de down o algun otro problema de chromosonas				
Huezos, problemas en las conjunturas				
Defectos del Corazon				
Anemia, Anemia falciforme, hemofilia				
Fibrosis Quistica				
Problemas del Estomago, Riñones o Hgado				
Diabetis				
Infertilidad				
Combulciones, hydrocephalus (agua en el cerebro), or Derrame cerebral				
Problemas Mental				
Vision, cataratas, glaucoma				
Perdida del oido (escuchar)				
Marcas de nacimiento o problemas de la piel				
Cancer				
Otro tipo de problemas de salud:				