



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS DEL PECHO

Edad cuando por primera vez

le aparecieron: \_\_\_\_\_

Descripción de síntomas:

Respiración Sibilante Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Pecho apretado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tos Seca Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tos con flema Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tose todos los días Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tose a veces Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿ La tos es peor durante el di Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Dolor en el pecho Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Sofocamiento ? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿ Cuando hace ejercicio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuando cambia el clima? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿ En cualquier momento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Frecuencia de los síntomas del pecho:

Diario \_\_\_ Veces/semana \_\_\_ Veces al mes \_\_\_

Frecuencia de problemas respiratorios

en la noche:

Todas las noches \_\_\_ Noches/Semana \_\_\_

Siguen Iguales \_\_\_

¿Cuántas veces falta a la escuela?

Dias/semana \_\_\_ Veces a la semana \_\_\_

Veces al mes \_\_\_

Los síntomas del pecho se están:

Empeorando \_\_\_ Mejorando \_\_\_ Siguen Iguales \_\_\_

Tiene los síntomas todo el año?

Peor en otono \_\_\_ Peor en invierno \_\_\_

Peor en primavera \_\_\_ Peor en verano \_\_\_

Los síntomas del pecho son agravados por:

Por infecciones

Por el polvo en casa

Por el humo del cigarillo

Por los cambios del clima

Por el clima caluroso

Por el clima frío

Por la humedad

Por el aire seco

Por el contacto con los animals

¿Otras Razones? \_\_\_\_\_

Cuántos resfriados o infecciones de las vías

respiratorias superiores ha tenido al año?

1-3 \_\_\_ 3-6 \_\_\_ Más de 6 \_\_\_

¿Cómo clasificaría las infecciones de su hijo

generalmente?

de nariz \_\_\_ dolor de garganta \_\_\_ de oído \_\_\_

senos nasales \_\_\_ bronquitis otra: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagonosticado neumonía a su

hijo/a? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### SÍNTOMAS NASLES

Edad cuando por primera vez

le aparecieron los síntomas nasales: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los síntomas nasales:

Diario \_\_\_ Semanal \_\_\_ Mensual \_\_\_ Temporal \_\_\_

¿Tiene los síntomas nasales durante todo el año?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Peor en otono \_\_\_

Peor en invierno \_\_\_

Peor en primavera \_\_\_

Peor en verano \_\_\_

Los síntomas nasales se están:

Empeorando \_\_\_ Mejorando \_\_\_ Están Iguales \_\_\_

Descripción de síntomas:

Obstrucción nasal Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nariz tapada Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estornudos Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Se frota o se rasca la nariz Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Aspirados Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Drenado posnasal Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Carraspera Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Los síntomas nasales se agravan por:

Infecciones Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Polvo de casa Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Humo del cigarillo Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Los cambios del clima Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Almohadas de plumas Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El contacto con los animales Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Aerosols/sustancias químicas Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Perfumes Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cosméticos Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Flores en la casa Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Lugares enmohecidos/

humedos Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Otros? \_\_\_\_\_

Alguna vez su hijo/a ha recibido tratamiento por:

Sangrando grave de la nariz Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Pólipos nasales Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Roncar en las noches Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Asfixia/jadeo cuando duerme Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Problemas para dormir Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sinusitis (infección senos-  
nasales) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Rayos X o tomografía de  
senos nasales Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Operaciones de los  
senos nasales Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fractura de nariz/  
tabique desviado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SÍNTOMAS DE LOS OJOS (a exception de la vista)**

Descripción de los síntomas:  
¿Enrojecimiento de los ojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Comezón en los ojos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Ojos llorosos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Ojos LAGañosos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Tiene los síntomas de los ojos durante todo el año?  
Peor en otoño \_\_\_ Peor en invierno \_\_\_  
Peor en primavera \_\_\_ Peor en verano \_\_\_  
¿Qué agrava los síntomas de los ojos? \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS DE LOS OÍDOS(exception de la audición)**

Tipos de padecimientos de los oídos:  
Infecciones del oído Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
No Presión/dolor de oído Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Los problemas del oído ahora son:  
Peores \_\_\_ Mejores \_\_\_ Están iguales \_\_\_  
¿Qué agrava las problemas del oído? \_\_\_\_\_

¿A su hijo/a le han puesto tubos en los oídos?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**DOLOR DE CABEZA**

¿Su hijo/a tiene dolor de cabeza con frecuencia?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Parte de la cabeza que le duele:  
Los Lados \_\_\_ La frente \_\_\_  
La Nuca \_\_\_ Un Lado \_\_\_  
La Cara \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Gravedad de dolor:  
Ligero \_\_\_ Moderado \_\_\_ Grave \_\_\_ Punzante \_\_\_  
Náuseas/dolor de cabeza \_\_\_ Problemas visual \_\_\_

**ERUPCIONES EN LA PIEL**

¿Su hijo/a ha tenido eccema alguna vez?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Edad de las primeros problemas en la piel: \_\_\_\_\_

¿Todavía tiene eccema? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido impetigo (infección de la piel)?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha tenido alguna vez ronchas?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hay alguna problema para respirar visto con las ronchas?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de las cosas que causan las ronchas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS CON LOS ALIMENTOS**

¿Su hijo tiene alergias a algunos alimento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿No tolera o no le cae bien algún alimento a su hijo/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Se le han hecho examines debido a esto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Alimento	Fecha	Reacción

¿Su hijo/a vomita/regurgita mucho? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Le han hecho estudios por esto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Le han dado tratamiento por esto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Qué medicamentos le han dado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tose con la alimentación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Número medio de veces que hace su niño/a por día? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene diarrea? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿El escremento de su hijo/a normalmente se:  
Hunden \_\_\_\_\_ Flotan \_\_\_\_\_

**SENSIBILIDAD A LOS INSECTOS**

¿Su hijo/a ha tenido alguna vez una reacción grave a cualquier picadura de insecto?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Haga una lista de todas las hospitalizaciones y cirugías anteriores

	Fecha	Diagnóstico
_____		
_____		
_____		

Haga una lista de todas las visitas de sala de emergencia anteriores

	Fecha	Diagnóstico
_____		
_____		
_____		

¿Le han hecho una amigdalectomía a su hijo/a?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuándo \_\_\_\_\_  
¿Su hijo/a ha puesto tubos en los oídos?            Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuándo \_\_\_\_\_  
¿Le han hecho una adenoidecomía a su hijo/a?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuándo \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene problemas con cual quiera de los siguientes no se menciona en el cuestionario?  
General (fiebre, anorexia, malestar general, pérdida de peso): \_\_\_\_\_  
Cardiovasculares: \_\_\_\_\_  
Respiratorias: \_\_\_\_\_  
Gastrointestinales (vómitos, diarrea): \_\_\_\_\_  
Sistema urinario: \_\_\_\_\_  
Musculoesqueléticos (dolores musculares, dolores articulares): \_\_\_\_\_  
Piel: \_\_\_\_\_  
Neurlogical (dolores de cabeza, debilidad muscular): \_\_\_\_\_  
Endocrinas (orinar con frecuencia, sed y otras problemas): \_\_\_\_\_

### Historial de nacimiento/Recién Nacido

¿El bebé fue de término completo?            Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si no fue así, ¿a las cuántas semanas nació? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto pesó al nacer? \_\_\_\_\_  
Haga una lista de las complicaciones si tuvo alguna: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Le dio pecho a su bebé?            Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no fue así, ¿qué tipo de formula le dio? \_\_\_\_\_  
¿Algún problema para comer? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PACIENTE

¿En la familia hay:

Asma	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Problemas pulmonares	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Alergias	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Problemas de sinusitis	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Tuberculosis	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Fibrosis quística	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
Otros:								
_____	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
_____	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
_____	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo
_____	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Hermano	<input type="radio"/>	Abuelo

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ENCUESTA A SOBRE EL MEDIOAMBIENTE EN QUE VIVE**

¿ALGUIEN FUMA EN LA CASA DONDE VIVE SU HIJO/A Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas? \_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
¿Su hijo va a la guardería? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo tiene viviendo en su casa actual? \_\_\_\_\_ ¿Aproximadamente cuántos años tiene la casa? \_\_\_\_\_  
Casa \_\_\_ Apartamento \_\_\_ Casa Movable \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
¿Esta en la Ciudad \_\_\_ Suburbios \_\_\_ Granjas \_\_\_\_\_  
¿Tiene mascotas en su casa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas y qué tipo de animals son? \_\_\_\_\_

¿Deja entrar a las mascotas a la recámara de su hijo/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Usa un purificador/filtro electrico de aire que sea especial? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Ha habido algún daño en la casa causado por el agua? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**La Recámara De Su Hijo/a:**

El colchón de su hijo: ¿Cuántoas años tiene? \_\_\_\_\_ ¿La cubierta es de tela/algodón \_\_\_\_, Vinil \_\_\_\_\_  
Otro material \_\_\_\_\_?  
¿Alguna cubierta especial del colchón? \_\_\_\_\_  
¿Está alfombrada la recámara? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Usted a veces usa un vaporizador o humidificador en el cuarto de su hijo/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia / ¿cuándo? \_\_\_\_\_

La ubicación de todas las residencias anteriores:

**Ciudad / Estado / País**

**Síntomas mejor, peor o igual?**

---

---

---

---

**EXÁMENES ANTERIORES**

¿Le han hecho un exámen de tuberculosis en la piel? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Resultado: Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_

Por favor, haga una lista de todos los tipos de rayos X que se ordenaron para su hijo/a y donde y cuando se realizaron:

---

---

Por favor, haga una lista de todos los exámenes de sangre y de laboratorio que se ordenaron para su hijo/a y donde y cuando se realizaron:

---

---

Su hijo ha tenido un examen de alergias? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han puesto a su hijo inyecciones para alergias o le han dado tratamiento para alergias? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En el espacio de abajo, por favor describa cual quier otro síntoma, condición o preocupación médica que tenga sobre su hijo y que no se mencionó en este primer cuestionario:

---

---

---

---

---

---

---

---