



**The Children's Hospital  
of San Antonio™**  
CHRISTUS Health



## Cuestionario para paciente adulto de la Clínica de Genética

Todo por nuestros niños.

Con el fin de ayudarnos a entender su situación médica, por favor responda las siguientes preguntas. Seleccione sí o no para cada pregunta conforme se indica y use el espacio provisto para agregar una explicación con sus propias palabras.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena esta forma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Quién le acompañará a la cita? \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Dirección del PCP: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del PCP: \_\_\_\_\_ Número de fax del PCP: \_\_\_\_\_

¿Otro proveedor de atención médica le remitió a nuestra clínica?  Sí  No

Si es sí, nombre al proveedor de atención médica que le remitió: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

¿Por qué usted o su médico desean una evaluación genética? ¿Cómo surgió esta pregunta? ¿Por qué es importante obtener una respuesta?

### Antecedentes: Del nacimiento a la etapa adulta

¿Dónde nació? Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía su madre cuando usted nació? \_\_\_\_\_ años

¿Cuántos hijos tuvo ella antes que a usted? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos embarazos antes de usted? \_\_\_\_\_

¿Ella tuvo alguna dificultad con su embarazo?  Sí  No

Si es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna prueba genética prenatal?  Sí  No

Si es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Usted nació prematuro?  Sí  No Si es sí, con cuántas semanas de gestación: \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas/\_\_\_\_\_ kg

¿Necesitó usted atención en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NICU) o cuidados intensivos neonatales?  Sí  No

¿Tuvo algún defecto congénito?  Sí  No Si es sí, ¿cuál?

¿Dónde creció? Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Sí	No	Del nacimiento a los 18 años	Si es Sí, por favor explique aquí:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuando era bebé (del nacimiento a los 12 meses de edad), ¿estuvo enfermo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo algún problema con el crecimiento o desarrollo?	
		¿A qué edad empezó a caminar?	_____ Años _____ Meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tardó en hablar?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le dieron terapia del habla?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le dieron terapia ocupacional o fisioterapia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Repitió algún grado en la escuela primaria?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Repitió algún grado en la escuela intermedia o secundaria?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le dieron educación especial?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo dificultades de aprendizaje?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le diagnosticaron autismo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo pubertad precoz o retrasada?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo alguna enfermedad grave antes de cumplir 18 años?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se sometió a alguna cirugía antes de los 18 años?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estuvo hospitalizado antes de los 18 años?	

Sí	No	Desde que cumplió 18 años, ha tenido:	Si es Sí, por favor explique aquí:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna enfermedad grave?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna cirugías previa?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones con estadía en la noche?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna enfermedad crónica?	



## General

¿Cómo es su salud general?

¿Cuál considera que es su problema de salud más grande?

¿Cuándo fue la última vez que se sintió completamente bien?

¿Alguna vez ha visto a un genetista clínico o a un asesor genético?

¿A quién vio? \_\_\_\_\_

¿Dónde estaba el consultorio? \_\_\_\_\_

¿Fue una consulta o varias? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo los vio? \_\_\_\_\_

¿Tiene una copia de la evaluación?  Sí  No      ¿Se ha realizado alguna prueba genética?  Sí  No      Si es sí, por favor describa:

Pruebas e imagenología anteriores:

Sí	No		Resultados	Fecha aproximada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TC		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografías		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultrasonido		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados de análisis de laboratorio anormales		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro		

Historial médico anterior:

¿Alguna vez ha visto a un médico de estas especialidades?

Sí	No		Nombre del médico/razón/fecha de la última consulta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia/inmunología	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audiología (audición)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiología (corazón)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatología (piel)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología (oídos, nariz y garganta)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrinología (hormonas)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastroenterología (estómago/intestinos)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematología/oncología (sangre/cáncer)	



Sí	No		Nombre del médico/razón/fecha de la última consulta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especialista en infertilidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefrología (riñones)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurología (cerebro)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurocirugía	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oftalmología (ojos)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortopedia (huesos)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía plástica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicología/psiquiatría	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumólogo (pulmones)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatología (articulaciones)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urología	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	

### Revisión de los sistemas:

Sí	No	Cardiovascular	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor, rigidez u opresión en el pecho	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aire al estar acostado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidad de dormir sentado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aceleración del corazón	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos del corazón irregulares (palpitaciones)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de las piernas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la pierna al caminar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG anormal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma anterior	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras inquietudes sobre el corazón o vasos sanguíneos	

Sí	No	Ojos, oídos, nariz y garganta	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución de la capacidad para ver o ceguera	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para escuchar o sordera	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbidos en los oídos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oler	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrados nasales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas dentales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquera	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas con ojos, oídos, nariz o garganta	

Sí	No	Alergia/inmunología	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema inmunitario debilitado o infecciones recurrentes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reciente o recurrente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a los alimentos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	



Sí	No	Respiratorio	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración rápida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco o tabaquismo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas para respirar o con los pulmones	

Sí	No	Gastrointestinal	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso u obesidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso o peso bajo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para tragar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco apetito	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez estomacal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en las heces	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces negras	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta especial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algunos alimentos le enferman?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma antiácidos? ¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras inquietudes del estómago, digestión, hígado o abdomen	

Sí	No	Endocrino	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en el tono de la voz	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento del vello corporal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución del vello corporal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oscurecimiento del color de la piel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

Sí	No	Genito-reproductivo (hombres)	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquietudes por la forma o el tamaño del pene	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquietudes por la forma o el tamaño de los testículos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de desempeño	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conteo bajo de espermatozoides	



Sí	No	Mamas	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bultos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supuración del pezón	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamografías anormales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRI de mamas anormal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

Sí	No	Genito-reproductivo (mujeres)	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad de inicio del periodo menstrual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad de terminación del periodo menstrual (menopausia)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazos, especifique el número	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacimientos vivos, especifique el número	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abortos espontáneos o pérdidas de embarazo, especifique el número	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Análisis prenatal de portador genético de fibrosis quística	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Análisis prenatal de portador genético de cualquier otra enfermedad genética	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallazgos uterinos anormales (forma, tamaño, fibroma)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

Sí	No	Hematología/oncología	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado fácil	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formación de hematomas con facilidad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de coagulación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de cáncer	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

Sí	No	Piel, uñas, cabello	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcas de nacimiento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas oscuras	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas de color café con leche	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrías	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemangiomas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uñas de las manos o de los pies pequeñas o inusuales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cabello delgado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parche de cabello en medio de la espalda	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colores de cabello diferentes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se depila el vello entre las cejas?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	



Sí	No	Musculoesquelético	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estatura baja	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estatura alta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazos o piernas cortos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazos, piernas, dedos o pies largos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie plano	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arco del pie alto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie caído	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No puede estirar los codos o las rodillas por completo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez de alguna articulación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deformidades en las articulaciones o extremidades	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda o dolor de articulaciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones flexibles	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislocación de articulaciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varias fracturas de huesos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

Sí	No	Reumatología	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulaciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de articulaciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones rojas o calientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones rígidas	

Sí	No	Urinario	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olor inusual de la orina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o ardor al orinar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganas de orinar frecuentes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Volúmenes de orina grandes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesidad extrema de orinar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para comenzar a orinar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales	

Sí	No	Salud mental	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrés	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo excesivo de alcohol	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historial de abuso de sustancias	



Sí	No	Neurológico	Comentarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agarre débil	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para aflojar el agarre o soltar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puede correr?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Puede andar en bicicleta?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad con la memoria	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su cabeza es más grande o más pequeña de lo normal?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para pensar o resolver problemas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad de un brazo o una pierna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal equilibrio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de coordinación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblor en las manos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	

