



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



## Cuestionario para paciente pediátrico de la Clínica de Genética

Todo por nuestros niños.

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

### Su información:

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información del paciente:

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

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 salud remitió a su hijo a nuestra clínica?  Sí  No

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

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

¿Qué inquietudes tiene usted sobre su hijo y qué preguntas puede intentar ayudar a responder el equipo de genética?

### Historial médico

Cirugía	Fecha	Comentarios

¿Se ha hospitalizado a su hijo durante alguna noche?  Sí  No

Si es sí, ¿cuándo (edad/fecha) y por cuál razón?

¿Su hijo toma alguna vitamina diaria, algún suplemento o algún tratamiento alternativo?  Sí  No

Si es sí, por favor describa:

### Historial de embarazo (sobre el embarazo del hijo que tiene la cita)

Edad de la madre en el parto: \_\_\_\_\_ años

Edad del padre en el parto: \_\_\_\_\_ años

¿Qué número de embarazo fue este para la madre (1º, 2º, 3º, etc.)? \_\_\_\_\_

Número de hijos con vida cuando nació el bebé: \_\_\_\_\_ Pérdidas de embarazo antes de este embarazo: \_\_\_\_\_

El embarazo se confirmó alrededor de la semana \_\_\_\_\_  o a los  meses.

¿En qué momento del embarazo la madre comenzó con la atención prenatal? \_\_\_\_\_  semanas o  meses

¿En qué momento del embarazo la madre comenzó a tomar vitaminas prenatales? \_\_\_\_\_  semanas o  meses

¿Se usaron tecnologías reproductivas para lograr este embarazo?  Sí  No

Si es sí, por favor describa:

Los primeros movimientos del bebé se sintieron a los \_\_\_\_\_ meses.

Describa los movimientos de su hijo durante el embarazo (por favor marque uno):  Normal  Poco activo  Muy activo

Aumento de peso total de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_ libras/kilos

Por favor, proporcione información sobre las pruebas que se pudo haber hecho durante el embarazo.

Sí	No	No estoy segura	Prueba	Resultados (normal/anormal y cuándo ocurrieron: primer, segundo o tercer trimestre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de detección de condiciones de cromosomas en el primer o segundo trimestre	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de tolerancia a la glucosa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muestra de amniocentesis o vellosidades coriónicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultrasonido prenatal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de portador de los padres	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor explique)	



## ¿La madre tuvo alguna de las siguientes opciones durante el embarazo?

Sí	No		Proporcione detalles y cuándo ocurrió (primer, segundo o tercer trimestre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos (Enumere los nombres y cuándo los tomó)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo (enumere la cantidad/día y cuándo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol (¿Cerveza, vino o licor? Enumere el tipo/la cantidad y cuándo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas ilegales (Enumere el tipo/la cantidad y cuándo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografías	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad/infección	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preeclampsia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo de parto prematuro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización durante el embarazo (además del parto)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crecimiento anormal del bebé	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad anormal o pérdida de líquido amniótico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especialista: enumere el nombre del proveedor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Inquietudes	

## Historial del parto (sobre el parto del hijo que tiene la cita)

Hospital del parto: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

¿A las cuántas semanas nació su hijo? \_\_\_\_\_ (es decir, 37 semanas, periodo completo, prematuro)

El trabajo de parto fue:  Espontáneo  Inducido      ¿Cómo fue el parto de su hijo?  Vaginal  Cesárea

Si fue por cesárea, explique la razón (es decir, hijos anteriores que nacieron por esa vía, incapacidad para continuar con el parto vaginal, posición del bebé viene volteado, etc.);

¿Cuánto pesó el bebé al nacer? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas/ \_\_\_\_\_ kg

¿Cuánto midió el bebé al nacer? \_\_\_\_\_ Tamaño de la cabeza del bebé al nacer: \_\_\_\_\_



¿Tuvo algún problema justo después del parto, como necesidad de ir a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (NICU), problemas de alimentación, problemas de respiración, ictericia, etc.?

Sí  No

Si es sí, por favor explique:

¿Se transfirió a su hijo después de nacer?  Sí  No

Si es sí, ¿a qué hospital? \_\_\_\_\_

¿La madre experimentó algún problema después del parto?  Sí  No

Si es sí, por favor describa:

¿Su hijo nació con algún defecto congénito como pie zambo, labio leporino o paladar hendido, defecto cardíaco, dedos de la mano o del pie extras?

Sí  No

Si es sí, por favor describa:

¿Su hijo necesitó una sonda de alimentación?  Sí  No

Si es sí, por favor explique:

¿Su hijo pasó las pruebas de detección para recién nacido (pinchazo en el talón)?  Sí  No

En caso negativo, por favor explique:

¿Su hijo pasó las pruebas de audición para recién nacido?  Sí  No

En caso negativo, por favor explique:

¿Qué edad tenía su hijo en el momento del alta del hospital? \_\_\_\_\_ días/\_\_\_\_\_ semanas/\_\_\_\_\_ meses

### Desarrollo temprano:

¿Qué edad tenía su hijo cuando comenzó a hacer cada una de las siguientes habilidades?

Habilidad	Lograda (meses o años)
Sonreír	
Rodar	
Sentarse solo	
Gatear	
Pararse solo	
Caminar	

Habilidad	Lograda (meses o años)
Decir las primeras palabras	
Decir 2 o 3 palabras juntas	
Usar una cuchara	
Aprender a orinar	
Aprender a defecar	
Vestirse solo	



Por favor, describa cualquier inquietud sobre el desarrollo de su hijo y cuándo notó esto por primera vez.

¿Su hijo ha perdido alguna habilidad que antes dominaba?  Sí  No

Si es sí, por favor explique:

### Información escolar:

¿Su hijo asiste a la escuela o guardería en la actualidad?  Sí  No

Si es sí, ¿cuál es el nombre de la escuela/guardería? \_\_\_\_\_ Grado, si corresponde: \_\_\_\_\_

¿Su hijo asiste a clases especiales o necesita ayuda especial?  Sí  No Si es sí, por favor describa:

¿Alguna vez a su hijo se le ha realizado una prueba de coeficiente intelectual (IQ) o una evaluación de desarrollo formal?  Sí  No

Si es sí, indique los resultados:

¿Su hijo tienen algún problema de conducta?  Sí  No Si es sí, por favor describa:

### ¿Su hijo recibe alguna de las siguientes terapias?

Sí	No		Frecuencia/ubicación/nombre de la agencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia ocupacional	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia del habla	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra terapia (por favor describa)	



## Historial médico anterior:

¿Su hijo ha visto a un médico en 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"/>	Desarrollo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología (oído 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)	
<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"/>	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	

Si su hijo ha visto a algún especialista en genética antes, por favor responda las siguientes preguntas:

Nombre del genetista: \_\_\_\_\_

Ubicación de la clínica: \_\_\_\_\_ ¿Fecha de la cita? \_\_\_\_\_

¿Tiene una copia de la evaluación?  Sí  No

¿Se realizó alguna prueba genética?  Sí  No  No estoy seguro

Si es sí, proporcione copias de todos los resultados de pruebas genéticas previas antes de la nueva cita de genética de su hijo.

¿A su hijo le han practicado alguna de las siguientes pruebas?

Sí	No		Enumere cuándo, dónde y el resultado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen ocular formal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de audición formal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploración de MRI o TC	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografías	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ultrasonido	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma del corazón	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros procedimientos especiales como EEG, estudio de deglución, etc.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biopsias	

