

Cuestionario de Salud Pediátrica

(Para ser completado por el pediatra tratante)

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS

NOMBRES

☐ M ☐ PIES

☐ KG ☐ LB

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

PESO

II. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDOS

NOMBRES

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

NÚMERO DE TELÉFONO

III. HISTORIAL MÉDICO

1. Edad gestacional al nacer en semanas: _____
2. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? ☐ SI ☐ NO
Si la respuesta es SI, especifique: _____

3. APGAR al nacer:
1er minuto: _____ 5to minuto: _____
4. Estancia hospitalaria después del nacimiento:
Duración: _____ días
Ingreso a la UCIN: ☐ SI ☐ NO
Si la respuesta es SI, duración en UCIN: _____ días
Motivo del ingreso a UCIN: _____
5. Hitos del desarrollo:
☐ Se están cumpliendo todos los hitos apropiados para la edad
☐ Se observan retrasos o alteraciones - especifique: _____
6. Trastornos congénitos o hereditarios:
☐ No se conocen ni se sospechan trastornos
☐ Sí - especifique: _____

7. Otros diagnósticos, preocupaciones o anomalías identificadas o sospechadas:

☐ Ninguna

☐ Sí - especifique: _____

8. Hospitalizaciones adicionales:

☐ Ninguna aparte de la estancia hospitalaria después del nacimiento

☐ Sí - especifique motivo, fecha y duración de la estancia: _____

9. Especialistas:

¿El paciente está siendo atendido o seguido por otro médico/especialista?

☐ Ninguna

☐ Sí - especifique tipo de médico y motivo: _____

10. Estado general de salud actual:

11. Comentarios adicionales:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FECHA
(MM/DD/AAAA)