

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____



Pediatric Pulmonology Patient Intake Form

Department of Pediatric Pulmonology & Sleep Medicine

Tel: (310) 825-5930 Fax: (310) 794-7338

I. Antes de us visita, por favor conteste estas preguntas para ayudar al médico a entender la historia médica de su hijo/a. Esto ayudara al médico a ser capaz de pasar más tiempo hablando de la razón principal de su visita. Esta "bien" dejar cualquier pregunta en blanco si no se siente cómodo respondiendo.

1. **Pediatra General:** _____

2. a) **¿Esta este niño/a bajo el cuidado de alguien además de los padres biológicos?** No Sí

Si sí, b) **¿Cuál es su relación con el niño/a?** _____

3. **Describe brevemente el problema para el cual usted está buscando una consulta pulmonar pediátrica:**

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

II. Comuníquese con el/la doctor de su hijo(a) acerca de su problemas

Por favor elegir y responder para cada una de las siguientes preguntas. Sus respuestas ayudaran al doctor a cuidar mejor los problemas de respiración su niño/a. Las preguntas del 1 al 6 le preguntan cómo has estado el problema de respiración de su niño durante los últimos 12 meses, no solamente el día de hoy. Si su niño ha tenido problemas de respiración por menos de 12 meses, entonces piense como han estado las cosas desde que él/ella comenzó a tener problemas de respiración.

Durante los últimos 12 meses

Dirección

1) ¿Cómo han estado los síntomas de su niño/a?

Enumerar los síntomas específicos:

Mejor



Igual



Peor



Durante los últimos 12 meses

Molesto

2) ¿Qué tan molesto para usted ha sido los problemas respiratorios para su niño/a?

Nada Molesto



Poco Molesto



Mucha Molestia



Durante los últimos 12 meses (Antes del día de hoy)

Riesgo

3) ¿Cuántas veces has estado su hijo/a atenciones de urgencia por los síntomas?

0



1



2



3



≥4



4) ¿Cuántas veces ha ido su niño a la sala de emergencias por sus síntomas?



5) ¿Cuántas veces ha ido internado su niño por sus síntomas?



6) ¿Cuántas veces ha usado su hijo esteroides orales (Orapred, esteroides en pastillas, liquido o jarabe)?



FOR CLINICIAN USE ONLY:

Assigned patient's **level of chronic asthma control** by looking at the box checked farthest to the right on questions 3 – 6. Match the box color to the level of asthma control in this section

Controlled



Partly Controlled



Mildly Uncontrolled



Moderately Uncontrolled



Severely Uncontrolled



Tomar Medicina

7) Cuando su niño se siente bien, ¿Qué tan seguido le da su medicina diaria para los síntomas? Medicinas incluyen: Advair, Alvesco, Asmanex, Budesonide, Dulera, Flovent, QVAR, Pulmicort, Singulair, Symbicort.

Mi hijo no debe de tomar medicina diaria para síntomas respiratorios



Todo el tiempo (5 a 7 días por semana)



Casi todo el tiempo (3 a 4 días por semana)




Parte del tiempo (1 a 2 días por semana)



Nunca



FOR CLINICAL USE: If any of the answers in red  are selected, this may be consistent with poorly controlled and/or undertreated symptoms. Further assessment and follow –up in 2-6 weeks is recommended.

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

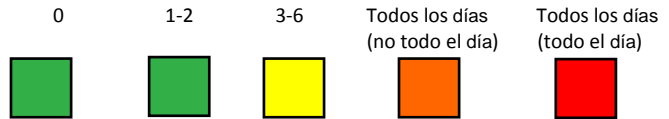
Síntomas Sub-agudas Estas preguntas son acerca de los síntomas respiratorios **recientes** de su hijo/a.

Síntomas actuales de respiración

Días

8) Durante **la última semana**, ¿Cuántos días ha presentado su hijo/a síntomas respiratorios?

- * Tos * Presión o dolor de pecho *Falta de aire
- * Flema (escupe, moco, flema al toser)
- * Dificultad para respirar profundo
- * Silbido en el pecho



Medicamentos de rescate

Días

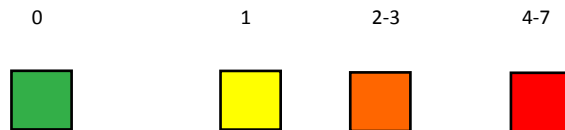
9) Durante **la última semana**, ¿Cuántos días ha dado a su hijo/a medicamento para alivio rápido de respiración? Por ejemplo: *Albuterol/Proventil/ Proair/Ventolin/Xopenex vía inhalador/spray/ bomba o máquina/nebulizador



Ataques or Crisis

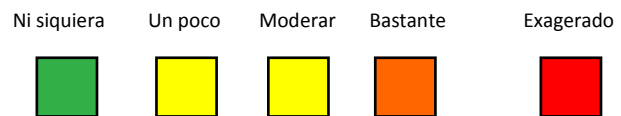
Días

10) Durante **la última semana**, ¿Cuántos días le dio a su hijo/a un ataque de problemas de respiración? Por ejemplo: *Cuándo es más difícil para su hijo/a respirar *Cuándo usted le da a su hijo/a mas medicamento de alivio rápido (como Albuterol) *Cuándo las medicinas no funcionan



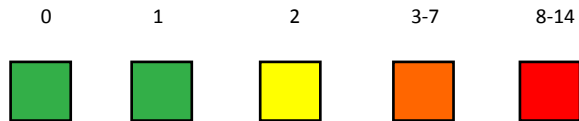
Limitación a la actividad física

11) Durante la **semana pasada** cuanto tiene estos síntomas de respiración limitado las actividades de su hijo/a.



Síntomas nocturnas

12) Estas últimas **DOS semanas**, ¿Cuántas noches ha despertado no ha podido dormir su hijo/a debido a sus problemas de respiración?



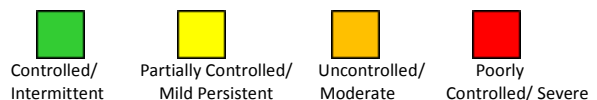
13) Por favor escribe cualquier otra información que usted le interese que su doctor sepa acerca de los problemas de respiración de su hijo(a).

FOR CLINICAL USE ONLY

CONTROL/SEVERITY ASSIGNMENT:

Assign patient's current level of control by looking at the box checked farthest to the right on questions 8-12 and match box color to the level of control in this selection.

Sub-Acute Severity/Control Classification



Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

III. FORMULARIO DE HISTORIA MEDICO

IIIa. Historia Medical (General)

1. a) ¿Alguna vez su hijo ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos? Si es así, especifique por favor cuantos años tenía, primero se notó junto a cada problema médico (*marque todos*).

<input type="checkbox"/> Eczema _____	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico _____
<input type="checkbox"/> Problemas del corazón _____	<input type="checkbox"/> Ronquidos _____
<input type="checkbox"/> Problemas ganar peso _____	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Problemas para tragar _____	<input type="checkbox"/> No aplica
<input type="checkbox"/> Prueba de audición fallida _____	<input type="checkbox"/> Otros problemas (describa a continuación)

b) Si aplique, describa otros problemas y especifique cuando fue diagnosticado:

IIIb. Historia de Cirugías

1. a) ¿Ha tenido su niño algún tipo de cirugía? No No sé Sí

Si sí, b) Marque todos que apliquen y escriba la fecha(s) aproximados.

<input type="checkbox"/> Cleft palate/lip _____	<input type="checkbox"/> Sinus _____
<input type="checkbox"/> Cirugía ventriculoperitoneal _____	<input type="checkbox"/> Traqueotomía _____
<input type="checkbox"/> Espina _____	<input type="checkbox"/> Tubo de alimentación _____
<input type="checkbox"/> Fundoplicatura de Nissen _____	<input type="checkbox"/> Tubos en los oídos _____
<input type="checkbox"/> Sacar adenoides _____	<input type="checkbox"/> Other type of surgery (describe below)
<input type="checkbox"/> Sacar amígdalas _____	_____

IIIc. Historia Medica Familiar

1. Por favor indique la historia médica de los miembros de la familia. Si es "otro," especifique la diagnostico en la línea proporcionada junto a la casilla de verificación.

	No sé	Seasonal Allergies/Hay fever	Eczema	Asthma	Other
Madre Biológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Padre Biológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro Miembro					
Quién: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro Miembro					
Quién: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

IV. SOCIODEMOGRAFÍA

IVa. Personas que viven con el niño/a

1. ¿Cuál es su relación con el niño/a?

<input type="checkbox"/> Madre biológica	<input type="checkbox"/> Madre adoptivo
<input type="checkbox"/> Padre biológica	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo
<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Legal guardián
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar: _____

2. a) ¿Cuál es su estado civil?

<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Soltera/o, viviendo con una pareja
<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Soltera/o, viviendo sin pareja

b) ¿Está casado al padre biológico el niño/a? Sí No

3. a) ¿Hay otro padre o guardián principal que vive en la casa? Sí No

Si sí, b) ¿cuál es su relación con el niño/a?

<input type="checkbox"/> Madre biológica	<input type="checkbox"/> Madre adoptivo
<input type="checkbox"/> Padre biológica	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo
<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Legal guardián
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar: _____

4. a) ¿Existe otro padre o encardado primario que divide el tiempo (custodio) cuidando al paciente que no vive en su hogar? No Sí Si sí, i) ¿Cuál es su relación con el niño?

<input type="checkbox"/> Madre biológica	<input type="checkbox"/> Madre adoptivo
<input type="checkbox"/> Padre biológica	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo
<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Legal guardián
<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Otro, por favor especificar: _____

i) ¿Qué porcentaje del tiempo vive su hijo con él/ella? _____

5. 1. a) ¿Tiene el paciente hermanos? No Sí

Si sí, b) numere 1) Edad o fecha de nacimiento, 2) Genero (M/F/Otro), 3) ¿vive con el paciente? (Sí/No)

i) _____

ii) _____

iii) _____

iv) _____

v) _____

vi) _____

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

IVb. Educación de el/la niño/a

1. ¿Esta su niño/a inscrito en algún programa pre-escolar o en una guardería? _____
2. ¿En qué grado esta su hijo/a ahora? _____
3. ¿En qué escuela? _____
4. ¿Cómo son sus calificaciones? _____
5. a) Hay algún problema de comportamiento o atención en la escuela? _____
Si sí, b) ¿Cuándo comenzaron? _____

IVc. Educación/Trabajo de el/los padre(s)

1. Por favor indique el nivel más alto de su educación COMPLETADO:

	Usted	Otro cuidador con la custodia
Menos de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termine las escuela secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela comunitario o politécnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universidad de 4 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algo de estudios de posgrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Por favor indique la situación laboral de usted y del otro guardián del niño/a:

	Usted	Otro cuidador con la custodia
Empleado tiempo complete	<input type="checkbox"/> Occupation: _____	<input type="checkbox"/> Occupation: _____
Empleado medio tiempo	<input type="checkbox"/> Occupation: _____	<input type="checkbox"/> Occupation: _____
Desempleado, pero buscando un trabajo pagado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshabilitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ama de casa a tiempo complete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar en un trabajo temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IVd. Idioma/Etnicidad

1. En general, ¿Cual(es) idioma(s) habla en casa?

<input type="checkbox"/> Solo Inglés	<input type="checkbox"/> Español más que Inglés
<input type="checkbox"/> Solo Español	<input type="checkbox"/> Inglés y otro idioma (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Inglés más que Español	<input type="checkbox"/> Solo otro idioma (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Los dos Inglés y Español	

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

2. ¿Cómo describe la raza/etnicidad de este niño/a y de sus padres biológicos?

Marque todas las que apliquen

	Niño/a	Madre Biológica	Padre Biológica
Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro, no Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hispano/Latino (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena de los EEUU o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático/Asiático-EEUU (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitante de las Islas del Pacífico/Nativo Hawái	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra raza/etnicidad (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. a) ¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? All of my life o ____ años

Si no ha vivido en los estados unidos toda su vida, b) ¿en que país nació? _____

Ive. Historia de Exposición Ambiental

1. a) Es su hogar:

<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa adosada	<input type="checkbox"/> Casa familiar	<input type="checkbox"/> Condominio
<input type="checkbox"/> Trailla	<input type="checkbox"/> Other: _____		

b) Si el niño se divide entre un otro hogar, ¿qué tipo de hogar es? _____

2. a) ¿Tiene su hogar? (marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Aire acondicionado de ventana	<input type="checkbox"/> Gato(s) ¿Cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Perro(s) ¿Cuántos? _____
<input type="checkbox"/> Aire Central	<input type="checkbox"/> Humidificador	<input type="checkbox"/> Plantas
<input type="checkbox"/> Calefacción Central	<input type="checkbox"/> Horno de leña	<input type="checkbox"/> Ratones (no mascotas)
<input type="checkbox"/> Calefacción a través de radiador	<input type="checkbox"/> Jacuzzi	<input type="checkbox"/> Zonas Húmedas
<input type="checkbox"/> Cucarachas	<input type="checkbox"/> Pájaros	<input type="checkbox"/> Ninguno

b) Si el/la niño/a divide el tiempo entre los hogares, ¿tiene alguna de las opciones anteriores?

No Sí, i) por favor de explicar: _____

3. a) ¿Qué cosas hay en la habitación de su niño/a? (marque todos que apliquen)

<input type="checkbox"/> Alfombra	<input type="checkbox"/> Alfombrilla	<input type="checkbox"/> Juguetes de peluche
<input type="checkbox"/> Piso de madera	<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	

b) Si el/la niño/a divide el tiempo entre los hogares, ¿tiene alguna de las opciones anteriores?

No Sí, por favor de explicar: _____

4. a) ¿Usa su niño/a alguno de los siguientes objetos? (marque todos que apliquen)

<input type="checkbox"/> Almohadas a prueba de ácaros de polvo	<input type="checkbox"/> Cubre camas a prueba de polvo
<input type="checkbox"/> Ninguno	

b) Si el/la niño/a divide el tiempo entre los hogares, ¿tiene alguna de las opciones anteriores?

No Yes, please list _____

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

5. a) ¿Cómo se maneja el tabaquismo en su hogar?

<input type="checkbox"/> No se permite fumar dentro o fuera de la casa
<input type="checkbox"/> Se permite fumar fuera de la casa
<input type="checkbox"/> A veces se permite fumar en el hogar
<input type="checkbox"/> Fumar siempre se permite en el hogar

b) Por favor indique el estado de fumar de cada una de las siguientes personas o lugares donde su hijo/a puede estar presente.

	Madre (o persona con custodia principal)		Padre (o persona con custodia principal)		Qualquier otro pariente (ej. tío/a(s), abuelos, etc)		Cuidado infantil	
¿Fuma AHORA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

c) ¿Cuánto efecto tiene la exposición al humo del tabaco en los síntomas respiratorios de su hijo/a?

<input type="checkbox"/> No hay mal efecto	<input type="checkbox"/> Un efecto negative moderado
<input type="checkbox"/> Un pequeño mal efecto	<input type="checkbox"/> Un gran efecto negativo

V. HISTORIA NATAL

1. ¿Que ciudad, estado y hospital fue nació su hijo? _____

2. Durante el embarazo, ¿Tuvo la madre algo de los siguientes problemas? (*marque todos los que aplique*)

<input type="checkbox"/> Azúcar alta o diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Parte Prematuro (antes de 37 semanas)	<input type="checkbox"/> Una Infección	<input type="checkbox"/> No sé

3. ¿Uso la madre alguna de los siguientes productos? (*marque todos los que aplique*)

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Cigarillos	<input type="checkbox"/> Drogas (metadone, cocaína, marihuana)
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Ninguno

4. ¿ Cuántas semanas de embarazo ha nacido su hijo?

____ Semanas	<input type="checkbox"/> No estoy seguro, probablemente a tiempo (37-40 semanas)	<input type="checkbox"/> No estoy seguro, pero fue premature (36 semanas o menos)
--------------	--	---

5. ¿Qué tipo de parto tuvo la madre?

<input type="checkbox"/> Nacimiento vaginal	<input type="checkbox"/> Cesaría	<input type="checkbox"/> No sé
---	----------------------------------	--------------------------------

6. ¿Su niño/a fue concebido con tecnología de fertilización in vitro (IVF)? No Sí

7. ¿Cuánto peso su niño/a al nacer? *Indique su repuesta en libras/onzas o gramos*

____ libras ____ onzas	____ gramos	<input type="checkbox"/> No sé
------------------------	-------------	--------------------------------

8. ¿Cuál es el orden de nacimiento de este niño/a? De cuántos niños? _____

<input type="checkbox"/> 1 ^{ro}	<input type="checkbox"/> 2 ^{do}	<input type="checkbox"/> 3 ^{ro}	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sé
--	--	--	-------------------------------	--------------------------------

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

9. ¿Cuánto tiempo duro el niño en el hospital después del nacimiento?

<input type="checkbox"/> Menos de 48 horas	<input type="checkbox"/> More than 48 Hrs.	<input type="checkbox"/> No sé
--	--	--------------------------------

10. a) ¿Hubo necesidad de usar algún aparato para ayudar al niño a respirar después de su nacimiento (e.j., respirador, CPAP)?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, b) para cuantos días, weeks, or months? _____ Días _____ Semanas o _____ Meses	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	--	--------------------------------

Si sí, c) ¿Qué tipo de maquina?

<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> Nasal SIMV/SiPAP/BiPAP	<input type="checkbox"/> Ventilador/respirador
	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Otro _____

11. a) ¿Requirió el niño oxígeno adicional cuando fue dado de alta del hospital?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Sí, b) para cuantos días, semanas, o meses? _____ Días _____ Semanas o _____ Meses
-----------------------------	--------------------------------	--

12. a) ¿Requirió el niño oxígeno adicional cuando fue dado de alta del hospital?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> Sí, b) para cuantos días, semanas, o meses? _____ Días _____ Semanas o _____ Meses
-----------------------------	--------------------------------	--

13. Fue alguna vez amamantado el niño/a? No No sé Sí, para cuantos meses? _____

VI. Historia Otro

Via. Historia de Problemas Respiratorios

1. a) ¿Ha sido su niño internado por problemas respiratorios? (e.j., VRS, bronquiolitis, asma, bajo nivel de oxígeno, neumonía)?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, b) ¿Cuantas veces? _____ (vez/veces)	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	---	--------------------------------

Si sí,

b) Por favor indique las fechas, la duración de la estancia y el diagnostico (si tiene esta información).

c) ¿Cuántas de las hospitalizaciones requeridas la unidad de cuidado intensivo (ICU)? _____

d) ¿Cuántas de las hospitalizaciones su hijo necesita un tubo de respiración? _____

2. a) ¿Ha ingerido esteroides por vía oral (e.j.: prednisona, Prelone, OraPred) como tratamiento para sus problemas respiratorios?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, b) ¿Cuantas veces? _____ (vez/veces)	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	---	--------------------------------

3. a) ¿Alguna vez ha escuchado sonidas de resuello en el pecho de su niño?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Si sí,

b) ¿Qué tan frecuente ha escuchado este sonido?

<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Pocos días de la semana	<input type="checkbox"/> Muchos días a la semana
<input type="checkbox"/> Algunos días a la semana	<input type="checkbox"/> Casi todos los días a la semana	

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

Si sí, c) ¿Escucho este sonido de resuello antes de que el niño tuviera 4 años?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No aplique (niño tiene menos de 4 años)	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	-----------------------------	--	--------------------------------

4. a) ¿Su niño ha sido diagnosticado con asma?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí b) ¿A qué edad? _____	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	---	--------------------------------

5. ¿Cuáles son las causas de los problemas respiratorios de su niño? (marque todo que aplican)

<input type="checkbox"/> Aire frío	<input type="checkbox"/> Clima caliente	<input type="checkbox"/> Fumes or perfumes	<input type="checkbox"/> Perros
<input type="checkbox"/> Alergias ambientes	<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Gatos	<input type="checkbox"/> Polvo
<input type="checkbox"/> Arboles	<input type="checkbox"/> El Invierno	<input type="checkbox"/> Gripe/Virus respiratorios	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Aspirina/ibuprofeno	<input type="checkbox"/> El Otoño	<input type="checkbox"/> Hierbas	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Cambios de temporada	<input type="checkbox"/> La Primavera	<input type="checkbox"/> Humo de tabaco	<input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> Cambios del clima	<input type="checkbox"/> El Verano	<input type="checkbox"/> Moho/Hongo	<input type="checkbox"/> Otro _____

6. ¿Con que frecuencia falta su niño a la escuela/preescolar, o a la guardería como resultado de problemas respiratorios?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 5 días al año	<input type="checkbox"/> 5 o 10 días al año
<input type="checkbox"/> Más de 10 días al año	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> No aplique

Vlb. Perfil de la alergia

1. a) ¿Ha sido su niño examinado por algún tipo de alergia?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No sé
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

If sí, a) Was it blood testing, skin testing, or both? _____

b) Si las pruebas de alergia resultaron negativas, marque esta casilla

c) Si las pruebas de alergia resultaron positivas, ¿Cuáles son las alergias? (marque todo lo que aplique)

i) Alergias Ambientales

<input type="checkbox"/> Ácaros de polvo	<input type="checkbox"/> Gatos	<input type="checkbox"/> Moho/Hongo
<input type="checkbox"/> Ambrosia	<input type="checkbox"/> Hierbas	<input type="checkbox"/> Perros
<input type="checkbox"/> Arboles	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Ratones
<input type="checkbox"/> Cucarachas	<input type="checkbox"/> Mala hierba	<input type="checkbox"/> Otra alergia(s) _____

ii) Alergias a los alimentos

<input type="checkbox"/> Cacahuete	<input type="checkbox"/> Frutas	<input type="checkbox"/> Leche/ Lácteos
<input type="checkbox"/> Crustáceos	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Otra alergia(s) _____

2. a) Alergia de medicamentos: No Sí Si sí, b) especifique los medicamentos y la reacción

Vlc. Inmunizaciones

1. a) ¿El niño está al día en las vacunas de rutina? Sí No

b) ¿El niño está al día la vacuna anual contra la influenza? Sí No

Patient Name: _____

Patient MRN #: _____

Patient DOB: _____

Facility: WW SM NPH (Check One)

Date Of Service: _____

Vld. Desarrollo

1. ¿Qué edad tenía su niño cuando primero hizo lo siguiente?

Sentado por sí mismo: _____	Primeras palabras: _____
Camino: _____	Puso 2 o 3 palabras juntas: _____
<input type="checkbox"/> No aplique	

VII. REVISIÓN DE SISTEMAS

1. Por favor, marque si su hijo/a ha tenido un problema con alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Scoliosis
<input type="checkbox"/> Dificultad con actividad de ejercicio	<input type="checkbox"/> Letargo	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Problemas con el estómago/intestinos	<input type="checkbox"/> Una condición cardíaca
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Problemas con riñón o la vejiga	<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Dolores musculares/ Problemas con articulaciones	<input type="checkbox"/> Otro _____	

2. ¿Ha habido divorcios, muertes u otros problemas familiares relevantes que puedan afectar al niño/a? Si es así, descríbalos a continuación:

3. Otro

Si tiene otros notas o preguntas que tal vez no quiera olvidar preguntarle al médico, escríbalo aquí:
