

**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy**    /    /

**Fecha de nacimiento**    /    /                      **Edad**    \_\_\_\_\_                      **Sexo**  Masculino  Femenino

**Describa brevemente el motivo de la visita de su hijo/a:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Raza:**     Nativo americano     Asiático     Afroamericano     Caucásico     Hispano  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Estado civil de los padres:**     Casados     Divorciados     Separados     Solteros  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**El niño/a vive con:**  Ambos padres  Padre     Madre  Otro: \_\_\_\_\_  
**Arreglo de la custodia:** \_\_\_\_\_

**¿Quién nos derivó a su hijo/a?**  
\_\_\_\_\_

<b>Si un proveedor de atención de la salud derivó a su hijo/a:</b>	<b>Farmacia local:</b>
Nombre	Nombre

Dirección	Dirección

Teléfono	Teléfono
----------	----------

Fax	Fax
-----	-----

<b>Médico de atención primaria (si fuera diferente del anterior):</b>	<b>Farmacias para pedidos por correo:</b>
Nombre	Nombre

Dirección	Dirección

Teléfono	Teléfono
----------	----------

Fax	Fax
-----	-----



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE INMUNOLOGÍA**  
Formulario de admisión

Lugar Coloque la etiqueta de identificación del paciente aquí

## HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR

Escriba los problemas médicos conocidos de su hijo/a:

---

---

¿Su hijo/a nació en los EE.UU.?  No (especifique el país) \_\_\_\_\_  Sí (especifique el estado) \_\_\_\_\_

Duración de embarazo:  Prematuro (cantidad de semana de prematuro) \_\_\_\_\_  A término

Peso al nacer \_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

Tipo de parto:  Cesárea (¿planificada o de emergencia?)  Vaginal

¿Problemas con el embarazo?  Sí (especifique) \_\_\_\_\_  No

¿Hubo problemas con el trabajo de parto y el parto?  Sí (especifique) \_\_\_\_\_  No

¿Tuvo problemas respiratorios el recién nacido?  Sí (especifique) \_\_\_\_\_  No

¿Amamantó a su hijo?  Sí (¿hasta qué edad?) \_\_\_\_\_  No

¿Alimentó a su hijo con leche de fórmula?  Sí (especifique el tipo de fórmula) \_\_\_\_\_  No

Patrón de crecimiento de su hijo/a:  Rápido/Lento (especifique) \_\_\_\_\_  Normal

Desarrollo de su hijo/a:  Con retraso (especifique) \_\_\_\_\_  Normal

Pubertad del niño/a (Si corresponde):  Con retraso/Avanzada (especifique) \_\_\_\_\_  Normal

¿El calendario de vacunación está al día?  No (explique) \_\_\_\_\_  Sí

Su hijo/a, ¿tuvo alguna de las siguientes infecciones?

	No	Sí	Edad de inicio	Cantidad de veces
Infecciones de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infecciones de los senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infección en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infecciones de las articulaciones/huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infecciones dentales o caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gingivitis o enfermedad de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Aftas (después de un año de edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Verrugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hongos/infecciones en las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Herpes Zóster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Molusco contagioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Herpes o herpes labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Mononucleosis (virus de Ebstein-Barr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otras infecciones (explicar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

¿Alguna vez le hicieron a su hijo/a una prueba genética?  No  Sí

Especifique el tipo, el motivo, quién ordenó la prueba (y cuándo), y los resultados de las pruebas:

---

¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer a su hijo/a?  No  Sí

Especifique el tipo, año de diagnóstico y tratamiento (quimioterapia, radiación y/o trasplante de médula ósea):

---

¿Alguna vez su hijo/a necesitó un trasplante de órganos o de médula ósea?  No  Sí

Especifique el tipo, el motivo, el año del trasplante y los antecedentes de rechazo de órganos (si existen)

---

¿Internaciones?  No  Sí

Mes/Año y Motivo:

---

---

---

¿Cirugías/Biopsias?  No  Sí

Tubos en los oídos (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Amigdalotomía (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Adenoidectomía (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Cirugía del Seno (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Cirugía cardíaca (especifique tipo y año/años): \_\_\_\_\_

Otras cirugías (especifique tipo y año/años): \_\_\_\_\_

Biopsias (especifique ubicación en el cuerpo y año/años): \_\_\_\_\_

¿Procedimientos con escopios?  No  Sí

EGD/Endoscopia superior (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Colonoscopia/Endoscopia Baja (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Broncoscopia/endoscopia pulmonar (especifique año/años) \_\_\_\_\_

Otras Endoscopías (especifique año/años) \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**

Familia Miembro	Edad	Alergias o Asma	Problemas de Eczemas o Cutáneos:	Infecciones Graves, Inusuales o Frecuentes	Enfermedades Autoinmunes (consulte la lista a continuación)	Cáncer	GI o Problemas estomacales	Otros
Padre								
Madre								
Hermano 1								
Hermano 2								
Hermano 3								
Otros								

¿Algún miembro de la familia tiene una enfermedad autoinmune?  No  Sí

Lupus (especifique relación) \_\_\_\_\_

Artritis reumatoidea (especifique relación) \_\_\_\_\_

Hiper- o Hipo-tiroidismo (especifique relación) \_\_\_\_\_

Diabetes Tipo I (especifique relación) \_\_\_\_\_

Enfermedad celíaca (especifique relación) \_\_\_\_\_

Recuento Bajo de Glóbulos Blancos, Glóbulos rojos y Plaquetas en la Sangre (especifique tipo y relación) \_\_\_\_\_

Otra autoinmunidad (especifique tipo y relación) \_\_\_\_\_

¿Algún familiar tiene fibrosis cística?  No  Sí

En caso afirmativo, especifique la relación (hermano, primo, etc.) \_\_\_\_\_

Algún familiar ¿tiene algún otro tipo de enfermedad pulmonar?  No  Sí

En caso afirmativo, especifique la relación y el tipo de enfermedad pulmonar \_\_\_\_\_

¿Algún familiar tiene inmunodeficiencia?  No  Sí

En caso afirmativo, especifique la relación \_\_\_\_\_

¿Ha tenido muertes inexplicables en su familia inmediata o extendida?  No  Sí

En caso afirmativo, especifique la relación y la edad de la muerte \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE INMUNOLOGÍA**  
Formulario de admisión

Lugar Coloque la etiqueta de identificación del paciente aquí

## ANTECEDENTES SOCIALES

1. ¿En qué grado está su hijo/a? \_\_\_\_\_
2. Su hijo/a ¿asiste a la guardería?  No  Sí
3. ¿Su hijo/a se educa en el hogar?  No  Sí
4. ¿Tiene dificultades para hacer que sus hijos tomen medicamentos?  No  Sí
5. ¿Tiene su hijo problemas en la escuela con el aprendizaje o con los maestros?  No  Sí
6. ¿Su hijo/a asiste a clases de educación especial?  No  Sí
7. ¿Su hijo/a estuvo en orientación?  No  Sí

¿Su hijo/a es sexualmente activo/a? (en caso afirmativo, especifique la edad del primer encuentro sexual y el número de parejas)

---

¿Su hijo/a alguna vez usó productos de tabaco, marihuana o drogas ilegales? (en caso afirmativo, especifique cuándo y por cuánto tiempo)

---

¿Estuvo su hijo/a alguna vez en la cárcel o un centro de detención juvenil? (en caso afirmativo, especifique cuándo y por cuánto tiempo)

---

## ENTORNO HOGAREÑO E HISTORIAL DE VIAJES

¿Vive en una casa, departamento, condominio o casa rodante?

---

¿Cuántos años tiene el lugar donde vive? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años vivió allí? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a alguna vez viajó fuera de los EE.UU. (En caso afirmativo, especifique dónde y cuándo)?

---

¿Mascotas? (Marque todo lo que corresponda)

- |   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No                   | <input type="checkbox"/> Sí             |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> N°. de perros _____  | <input type="checkbox"/> En el interior | <input type="checkbox"/> En el exterior | <input type="checkbox"/> Interior/Exterior | <input type="checkbox"/> Dentro del cuarto |  |
| <input type="checkbox"/> N°. de gatos _____   | <input type="checkbox"/> En el interior | <input type="checkbox"/> En el exterior | <input type="checkbox"/> Interior/Exterior | <input type="checkbox"/> Dentro del cuarto |  |
| <input type="checkbox"/> N°. de pájaros _____ | <input type="checkbox"/> En el interior | <input type="checkbox"/> En el exterior | <input type="checkbox"/> Interior/Exterior | <input type="checkbox"/> Dentro del cuarto |  |
| <input type="checkbox"/> Otros N°. _____      | <input type="checkbox"/> En el interior | <input type="checkbox"/> En el exterior | <input type="checkbox"/> Interior/Exterior | <input type="checkbox"/> Dentro del cuarto |  |

Tipo: \_\_\_\_\_

¿Hay fumadores en el hogar?  No  Sí →  Padre  Madre  Otro(s): \_\_\_\_\_

**PROBLEMAS DE SALUD (REVISIÓN DE SISTEMAS):** Haga un círculo en cualquiera de los problemas que tuvo su hijo durante los últimos meses:

<b>General:</b>	Fatiga Somnolencia diurna Problemas para dormir Fiebre/escalofríos Pérdida de peso Aumento de peso deficiente Sobrepeso Demasiado bajo Demasiado delgado Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Ojos</b>	Vista borrosa Ardor Cataratas Ojo seco Parpadeo frecuente Ojos llorosos Escozor Enrojecimiento Inflamación Ojo perezoso Miopía Hipermetropía Usar anteojos	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Oídos, Nariz &amp; Garganta</b>	Roncar Pérdida de la audición Dolor de oído Pólipos nasales Sangrado nasal Secreción nasal Picazón de la nariz Estornudos Congestión nasal/ del seno Sequedad bucal Goteo post nasal Respiración por boca Dolor frecuente de garganta Llagas de la boca Opresión de la garganta Pérdida de la sensación del olfato	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Corazón</b>	Dolor de pecho Mareos Soplos cardíacos Episodios de desmayos Latido irregular Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Pulmones</b>	Tos nocturna Toser con sangre Opresión del pecho Bronquitis/resfríos de pecho frecuentes Sibilancia Nivel bajo de oxígeno Dificultad respiratoria durante el día O noche Dificultad respiratoria con el ejercicio	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Gastrointestinal (GI)</b>	Dolor abdominal frecuente Indigestión Náuseas Vómitos Regurgitación/ esputos frecuentes Acidez Sabor ácido en la boca Constipación Diarrea Heces sanguinolentas Encoporesis (hacerse encima) Eructos Gases Distensión abdominal Alimentación difícil Atragantarse con comida Atragantarse mientras bebe Problemas para tragar Evitar ciertas texturas: _____ Come lentamente Problemas hepáticos Ictericia	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Riñón/ Genitourinario</b>	Enuresis nocturna Orinarse encima Orinar en forma frecuente o dolorosa Menstruación: Inicio: _____ años Problemas de riñón Cálculos urinarios	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Músculos/ Huesos</b>	Fracturas Dolor de espalda Dolor/ inflamación de las articulaciones Dolor o debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Neurológico</b>	Problemas de concentración Jaquecas Convulsiones Entumecimiento Dificultad para caminar Temblores Debilidad	<input type="checkbox"/> Ninguno

<b>Piel</b>	Sarpullido Eczema Infecciones de la piel Inflamación Ampollas/ ronchas Escozor Pérdida del cabello	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Hematología (sangre)/Linfoide</b>	Anemia Propensión a los hematomas Sangrar con facilidad Coágulos de sangre Nodos linfáticos agrandados Tumores inexplicables	<input type="checkbox"/> Ninguno
<b>Psicológicos</b>	Ansiedad/ preocupación Depresión/ llanto Ataques de pánico Hiperactividad Cambios de humor Estrés (¿por qué?): _____	<input type="checkbox"/> Ninguno

### **MEDICAMENTOS**

¿Alguna vez su hijo/a tomó drogas inmunosupresoras o biológicas?  No  Sí → complete la siguiente tabla:

Nombre del medicamento	Dosis	Con qué frecuencia	¿Las toma ahora? (En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?)	¿Las tomó anteriormente? (En caso afirmativo, ¿cuándo y durante cuánto tiempo?)
Prednisona (esteroides)				
Abatacept (Orencia)				
Anakinra (Kineret)				
Azatioprina (Imuran)				
Ciclosporin (Gengraf)				
Etanercept (Enbrel)				
Mercaptopurina (Purixan)				
Metotrexato (Otrexup)				
Micofenolato (CellCept)				
Sirolimus (Rapamune)				
Tacrolimus (Prograf)				
Adalimumab (Humira)				
Eculizumab (Soliris)				
Golimumab (Simponi)				
Infliximab (Remicade)				
Omalizumab (Xolair)				
Mepolizumab (Nucala)				
Rituximab (Rituxan)				
Tocilizumab (Actemra)				
Otros (especifique: _____)				

¿Alguna vez su hijo/a se ha tratado con inmunoglobulina intravenosa o Sub-Q?  No  Sí → (complete la siguiente tabla)



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE  
INMUNOLOGÍA**  
Formulario de admisión

Lugar Coloque la etiqueta de identificación del paciente aquí




**ANTECEDENTES DE ALERGI/INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS** – si su hijo/a no tiene problemas con los alimentos, vaya a la siguiente página...

Su hijo/a ¿es alérgico/a a los alimentos?

No       Sí → Marque todos los que correspondan y especifique la reacción (edad, síntomas, última reacción conocida):

Lácteos: \_\_\_\_\_

Huevo: \_\_\_\_\_

Soja: \_\_\_\_\_

Trigo: \_\_\_\_\_

Maní: \_\_\_\_\_

Frutos secos: \_\_\_\_\_

Mariscos: \_\_\_\_\_

Pescado: \_\_\_\_\_

Otros alimentos: \_\_\_\_\_

¿Le prescribieron un dispositivo auto-inyector de epinefrina?      No      Sí

¿Alguna vez tuvo que administrarle epinefrina a su hijo/a?      No      Sí

Hoy ¿tiene medicamentos de emergencia con usted?      No      Sí

¿Tiene un Plan de acción de anafilaxis a la alergia a los alimentos?      No      Sí

Su hijo/a ¿a menudo se atraganta o tiene náuseas mientras come?      No      Sí

Su hijo/a ¿se queja de que la comida queda atascada mientras traga?      No      Sí

Su hijo/a ¿es un comedor lento comparado con otros?      No      Sí

¿Consultó antes con un nutricionista?      No      Sí

El miedo o la ansiedad con respecto a los alimentos ¿es un problema?      No      Sí

Su hijo/a ¿ha sido víctima de "bullying" debido a las alergias a los alimentos?      No      Sí



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE INMUNOLOGÍA**  
Formulario de admisión

Lugar Coloque la etiqueta de identificación del paciente aquí

Su hijo/a ¿evita o rechaza alimentos particulares?

No       Sí → Marque todas las opciones aplicables:

- Lácteos
- Huevos
- Soja
- Trigo
- Maní/Frutos secos
- Mariscos/Pescados
- Otros

(especifique): \_\_\_\_\_

**OTROS PROBLEMAS ALÉRGICOS:**

	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
<u>¿Su hijo/a es alérgico/a a:</u>			
Animales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gatos <input type="checkbox"/> Perros <input type="checkbox"/> <b>Otros:</b> _____
Medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Picaduras de insectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Látex/goma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____

¿Su hijo/a tiene:

Alergias nasales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	Primavera Verano Otoño Invierno
Alergias oculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	Primavera Verano Otoño Invierno

¿Su hijo/a tiene:

Dermatitis atópica (eczema)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo vio a un dermatólogo?	Sí No
Rasguños frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ampollas o inflamación frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Si su hijo/a tiene problemas de piel:

¿Qué tipo de lociones o cremas dermatológicas medicadas utiliza? \_\_\_\_\_

¿Le recetaron a su hijo/a antibióticos para las infecciones de la piel? \_\_\_\_\_

Pruebas anteriores de alergia:

No  Sí - Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/representante autorizado legalmente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CUESTIONARIO DE PACIENTE NUEVO DE  
INMUNOLOGÍA**  
Formulario de admisión