

Formulario de Historial Medico - Pediatrico (SAS)

Fecha _____



Nombre completo del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Sexo: M F Raza / Etnicidad: _____ Altura _____ Peso: _____

Nombre / dirección / teléfono del médico de cabecera _____

Fecha de la última cita: _____

Nombre / dirección / teléfono de especialistas médicos: _____

- 1) ¿Su hijo está siendo tratado por un médico en este momento? Motivo _____ Sí No
- 2) ¿Su hijo ha estado enfermo en las últimas 6 semanas? _____ Sí No
- 3) ¿Toma su hijo algún medicamento (recetado o de venta libre), vitaminas o suplementos dietéticos? Sí No
Nombre de la lista, dosis, frecuencia y fecha de inicio: _____
- 4) ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado, se ha operado o tenido una lesión importante, o ha sido tratado en una sala de emergencias? Sí No Enumere la fecha y describa: _____
- 5) ¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción o un problema con un anestésico? Describa: _____ Sí No
- 6) ¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción o alergia a un antibiótico, sedante u otro medicamento? Lista _____ Sí No
- 7) ¿Su hijo es alérgico al látex o a cualquier otra cosa, como metales, acrílicos, colorantes o alimentos? Sí No
Lista _____
- 8) ¿Su hijo está al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles? Sí No

Marque *SÍ* si su hijo tiene un historial de las siguientes condiciones. Para cada "SÍ", proporcione detalles en la parte inferior de este formulario. Marque *NO* después de cada línea si ninguna de esas condiciones le aplican a su hijo.

- 9) Complicaciones antes o durante el nacimiento, prematuridad, defectos congénitos, síndromes o afecciones hereditarias . Sí No
- 10) Problemas con el crecimiento o desarrollo físico Sí No
- 11) Sinusitis, infecciones crónicas de adenoides / amígdalas Sí No
- 12) Apnea del sueño / ronquidos, respiración por la boca o sofocar/Atragantar Sí No
- 13) Defecto congénito del corazón / enfermedad, soplo cardíaco, fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática Sí No
- 14) Latido irregular del corazón o presión arterial alta Sí No
- 15) Asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, sibilancias o problemas respiratorios Sí No
- 16) Fibrosis quística Sí No
- 17) Resfriados o tos frecuentes, o neumonía Sí No
- 18) Exposición frecuente al humo de tabaco Sí No
- 19) Ictericia, hepatitis o problemas hepáticos Sí No
- 20) Enfermedad por reflujo gastroesofágico / ácido (ERGE), úlcera de estómago o problemas intestinales Sí No
- 21) Intolerancia a la lactosa, alergias a los alimentos, deficiencias nutricionales o restricciones dietéticas Sí No
- 22) Diarrea prolongada, pérdida de peso involuntaria, problemas de peso o trastornos alimentarios Sí No
- 23) Problemas de vejiga o riñón Sí No
- 24) Artritis, escoliosis, uso limitado de brazos o piernas o problemas de músculos / huesos / articulaciones Sí No
- 25) Sarpullido / urticaria, eczema o problemas en la piel Sí No
- 26) Deficiencia de visión, audición o habla Sí No
- 27) Trastornos del desarrollo, problemas de aprendizaje / retrasos o discapacidad intelectual Sí No
- 28) Parálisis cerebral, lesión cerebral, epilepsia o convulsiones / ataques Sí No

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____



Formulario de Historial Medico - Pediatrico (SAS) (página 2)

- 29) Trastorno del espectro del autismo / autistico Sí No
- 30) Dolores de cabeza / migrañas recurrentes o frecuentes, desmayos o mareos Sí No
- 31) Hidrocefalia o colocación de una derivación (ventriculoperitoneal, ventriculoauricular, ventriculovenosa) Sí No
- 32) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD / ADHD) Sí No
- 33) Problemas / tratamiento conductual, emocional, de comunicación o psiquiátrico Sí No
- 34) Abuso (físico, psicológico, emocional o sexual) o negligencia Sí No
- 35) Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia Sí No
- 36) Pubertad precoz o problemas hormonales Sí No
- 37) Problemas de tiroides o pituitaria Sí No
- 38) Anemia, enfermedad / rasgo de células falciformes o trastorno de la sangre Sí No
- 39) Hemofilia, magullar/moreton fácilmente o sangrado excesivo Sí No
- 40) Transfusiones o recepción de productos sanguíneos Sí No
- 41) Cáncer, tumor, otros tumores malignos, quimioterapia, radioterapia o trasplante de médula ósea u órgano Sí No
- 42) Mononucleosis, tuberculosis (TB), escarlatina, citomegalovirus (CMV), Staphylococcus aureus resistente a la metilina (SARM), enfermedad de transmisión sexual (ETS) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH / SIDA) Sí No

PROPORCIONAR DETALLES AQUÍ:

¿Hay algún otro historial médico significativo relacionado con este niño o su familia que deberíamos saber? Sí No
Describe:



Hoja de Instrucción Paciente para Niños

Su niño recibirá medicaciones intravenosas durante el procedimiento quirúrgico. Es por lo tanto muy importante que usted siga las instrucciones siguientes. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en pedir direcciones adicionales: (316) 788-5939.

Si su hijo tiene una receta para tratamientos respiratorios, por favor traiga su medicación y nebulizador el día del procedimiento.

1. Ningún alimento durante **ocho horas** antes de su llegada en la oficina. Su hijo puede tomar líquidos claros (no incluyendo leche) hasta **tres horas** antes de su procedimiento. Una vez dentro de la ventana de 3 horas antes de la cita, absolutamente nada entra en la boca (¡NO se cepille los dientes!). **Es esencial para la seguridad de su niño que usted estrictamente se adhiera a esta política. Hacer por otra parte puede poner al niño en el peligro de daño pulmonar severo o muerte.**
2. Vista al niño con ropa cómoda, preferiblemente una camisa o blusa de manga corta. Los niños más pequeños de vez en cuando se relajan lo suficiente como para perder el control de la vejiga. Es posible que desee considerar un pañal, pull-ups, o un cambio de ropa.
3. Remueva pintura de uñas por lo menos de un dedo de cada mano.
4. Los niños necesitan un cuidado especial durante el transporte a casa de su procedimiento. **Es muy recomendable que dos adultos acompañen al niño, para que el chofer no tiene que asistir al niño durante el transporte.**
5. Después de la cirugía de su hijo, espere hasta el día siguiente antes de permitir que se dedique a cualquier actividad en la que una disminución del estado de alerta, el juicio o las coordinación podría causar un problema.
6. Después de la cirugía su niño puede tomar la medicación de dolor como dirigido por el cirujano.

He leído las instrucciones de arriba, que son claras para mí, y me comprometo a cumplir.

Paciente

Firma del paciente o la persona responsable