



**Specialty Clinics**  
 Rady Children's Hospital  
 3020 Children's Way  
 San Diego, CA. 92123

DTF740



PATIENT INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_ Finance: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 MD: \_\_\_\_\_

**Formulario para pacientes de la clínica de gastroenterología**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Brevemente describa (más o menos en una frase) la razón de su visita el día de hoy \_\_\_\_\_

Indique todas las pruebas que se han hecho para evaluar este problema:

Estudio de laboratorio  Análisis de orina  Estudios del excremento  Estudios radiológicos

**MEDICAMENTOS ACTUALES (con o sin receta médica)**

Nombre	Dosis	Frecuencia	Duración

**MEDICINAS COMPLEMENTARIAS/ ALTERNATIVAS**

Enumere los suplementos nutricionales, vitaminas o de hierbas

Nombre	Dosis	Frecuencia	Duración

Marque los que ha usando:

Acupuntura  Homeopatía  Quiropráctico  Bioretroalimentación  Terapia del comportamiento cognitivo  
 Masaje terapéutico  Masaje  Reflexología  Psicoterapia

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A ALIMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS AL MEDIO AMBIENTE:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**

¿Tuvo problemas durante su embarazo con este niño(a)?  Sí  No

Si fue así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

¿Fumó, consumió alcohol o drogas o medicamentos durante su embarazo?  Sí  No

Si fue así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

Anote aproximadamente a las cuantas semanas de embarazo el paciente nació: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas

Si el paciente está aquí por estreñimiento, ¿cuántos días tenía de nacido cuando tuvo su primera evacuación? (meconio) \_\_\_\_\_



Formulario para pacientes de la clínica de gastroenterología (continúa)

Problemas o enfermedades médicas mayores	Fecha del diagnóstico

**HOSPITALIZACIONES PASADAS**

Razón	Fecha	Nombre del Hospital

**CIRUGÍAS PASADAS**

Razón	Fecha	Nombre del Hospital y Cirujano

**ANTECEDENTENS DE NUTRICIÓN:**

¿Le dio pecho al paciente?  Sí  No Si le dio pecho, ¿por cuántos meses? \_\_\_\_\_

Indique de donde bebe el agua que consume:  De la llave  Pozo  Botella

¿Está el paciente en alguna dieta restringida?  Sí  No Si es así, explique brevemente: \_\_\_\_\_

Para pacientes infantiles:

¿Cuál es su nutrición actual? (Marque la correcta):  Leche materna  Fórmula  Comida de mesa

Si toma fórmula, anote la fórmula actual: \_\_\_\_\_ las onzas que consume en 24 horas \_\_\_\_\_

Anote otras fórmulas que ha probado y cuándo: \_\_\_\_\_

Para niños y adolescentes: (marque el apropiado)

Tipo de leche que toma	Cantidad que consume (onzas por día)
Leche de vaca completa	
Leche de vaca al 2%	
Leche de vaca al 1%	
Leche de vaca descremada	
Leche de soya	
Leche de arroz	
Otra	

**Vías no orales de nutrición (Marque como lo alimenta actualmente):**

Vía	Horario de comidas
Tubo gástrico	
Parenteral (TPN)	

**Historial de Inmunizaciones / Contacto con estas enfermedades**

Tipo	Fecha
Vacuna de la Hepatitis A	
Vacuna de la Hepatitis B	
Vacuna de Difteria / Tosferina / Tétano	
Vacuna de Paperas / Sarampión / Rubéola	
Vacuna de varicela	
Prueba de la Tuberculosis (PPD)	

**REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque en esta lista los problemas que el paciente ha tenido en el último año.**

General		Gastrointestinal	
Enfermedades agudas recientes		Problemas de apetito	
Fiebre/ escalofríos/ sudores		Nausea	
Fatiga o debilidad		Vómito	
Sed excesiva o urgencia de orinar		Acidez, reflujo o escupir	
Pérdida o subida de peso sin razón		Eructos excesivos	
Glándulas inflamadas		Dolor o dificultad para pasar saliva	
Pálido		Dolor abdominal	
Retraso en el desarrollo		Distensión abdominal / inflamación / gases	
<b>Alergias</b>		Ictericia o piel amarillenta	
Asma		Diarrea	
Eczema		Estreñimiento	
Urticaria		Sangre en el excremento	
Fiebre del heno		Excremento negro u oscuro	
<b>Ojos</b>		Excremento con poco color	
Problemas de visión		Excremento grasoso	
Dolor de ojos / ardor / lagrimeo / comezón		Incontinencia fecal o mancha la ropa interior	
<b>Oído / Nariz / Garganta</b>		Prolapso rectal	
Problemas de audición/zumbido en el oído		<b>Corazón / Pulmones</b>	
Dolor de oído		Palpitaciones	
Infección recurrente o crónica de oídos		Dolor o presión del pecho	
Congestión o secreción nasal		Dificultad para respirar o respiración fuerte	
Ronquidos		Tos	
Dolor de garganta		Sibilancia	
Voz ronca		Hipo excesivo	
Croup		<b>Sangre / Ganglios linfáticos</b>	
Úlceras bucales		Formación de masas sin explicación	
Problemas con los dientes o encías		Formación de moretones / sangrado	
<b>Musculoesqueleto / Piel</b>		<b>Neurológicos / Psiquiátricos</b>	
Salpullido		Dolor de cabeza	
Comezón		Mareos	
Dolor muscular		Convulsiones	
Dolor de espalda		Pérdida de coordinación o desequilibrio	
Dolor de cuello		Pérdida de memoria	
Debilidad en las manos y piernas		Sonámbulo o problemas para dormir	
Dolor/ hinchazón/ enrojecimiento de las articulaciones		Depresión o tristeza	
<b>Genitourinario</b>		Ansiedad o estrés	
Incontinencia urinaria		<b>Ginecológico (sólo mujeres)</b>	
Sangre en la orina		Flujo vaginal	
Dolor al orinar		La primera vez que tuvo su periodo menstrual	
Frecuencia al orinar		Problemas con los periodos menstruales	
		Medicamentos para problemas menstruales	
<b>Otros (anótelos):</b>			

**ROS Revisó con el paciente:**

Iniciales de Proveedor						
Fecha						



Formulario para pacientes de la clínica de gastroenterología (continúa)

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Dónde vive el paciente? (marque lo que aplique)

Apartamento  Casa  Rancho  Base militar  Con un grupo de personas  Internado escolar  Otro: \_\_\_\_\_

Anote quién vive con el paciente:

Relación con el paciente	Edad	Sexo	Fumador
		Masculino / Femenino	Sí / No
		Masculino / Femenino	Sí / No
		Masculino / Femenino	Sí / No
		Masculino / Femenino	Sí / No
		Masculino / Femenino	Sí / No
		Masculino / Femenino	Sí / No

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Afiliación religiosa: \_\_\_\_\_

¿Hay otras personas que cuidan del paciente además de los padres?  Sí  No

¿Si tiene mascotas, indique los que tiene en casa: (marque o anote si tiene otros)

Perros  Gatos  Reptiles  Pájaros  Otros: \_\_\_\_\_

**Historial de viajes:** (marque lo que aplica en el último año)

En los EEUU  De campamento  México  Otros países (enumere): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de escuela asiste el paciente?  Público  Privado  Escuela en casa

¿En qué año escolar está el paciente? \_\_\_\_\_

¿Cómo le va en la escuela?  Honores  Promedio  Pasa  Reprueba

Preguntas sobre la escuela en el último año	Sí	No
¿Va el paciente a escuela especial?		
¿Tiene algún problema de aprendizaje en la escuela?		
¿Tiene problemas para asistir a la escuela?		

Preguntas sobre sus actividades en el último año	Sí (anote cuántas horas por semana)	No
¿El paciente participa en actividades después de la escuela?		
¿El paciente toma parte en educación física?		
¿El paciente hace ejercicio fuera de la escuela?		
¿El paciente ve TV/ videos regularmente o usa la computadora		

¿El paciente tiene estrés en su vida diaria?  Sí  No

Si es así, marque las que aplican:  Casa  Escuela  Amigos

Otro: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES: Marque los familiares que han tenido las condiciones siguientes.**

Condición Médica	Madre	Padre	Hermana (Edad)	Hermano (Edad)	Abuela	abuelo	Otros familiares (parentesco)
Alcoholismo							
Problemas con la anestesia							
Artritis							
Asma							
Defectos de nacimiento							
Muerte Infantil Súbita (SIDS) / nacimiento muerto o aborto espontáneo							
Problemas de sangrado							
Cáncer (tipo y a qué edad empezó)							
Enfermedad Celiaca (sensible al trigo o gluten)							
Estreñimiento							
Fibrosis quística							
Retardo del desarrollo							
Depresión							
Trastorno de ansiedad							
Esquizofrenia							
Enfermedad Bipolar							
Diabetes (se diagnosticó cuando niño)							
Diabetes (se diagnosticó cuando adulto)							
Eczema							
Epilepsia / convulsiones							
Alergias al medio ambiente							
Alergias a alimentos							
Enfermedad genética							
Problemas del corazón							
Presión arterial alta							
Colesterol alto							
Enfermedad de Hirschsprung							
Enfermedad del intestino inflamatorio							
Síndrome de intestino irritable o Colon espástico							
Problemas de los riñones							
Lupus u otro trastorno autoinmune							
Enfermedad del hígado							
Retardo mental							
Migrañas							
Sobrepeso u obesidad							
Problemas del páncreas							
Artritis reumatoide							
Derrame cerebral							
Tuberculosis							
Problemas de la tiroides							
Otro:							

Nombre de la persona que llenó el formulario

Firma

Relación con el paciente

Fecha