



## Información del Paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Mes/Dia/Año)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Mes/Dia/Año)

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Mes/Dia/Año)

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Numero del trabajo: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

**Estado civil de los Padres:** \_\_\_ Casados \_\_\_ Divorciados \_\_\_ Separados \_\_\_ Soltero/a \_\_\_ Viudo/a

### Contacto de emergencia (aparte de usted y mayor de 18 años):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Hermano(a)s:

Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año)	M/F
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Información sobre Seguros:

Nombre de Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

# De Seguro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_



### Historia Clínica Del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Mes/Dia/Año)

Médico anterior: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Su hijo tiene alguna condición médica o problema de salud? \_\_\_\_\_

Alergias? \_\_\_\_\_

Medicamento? \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones?  No  Si (Mes y Año) \_\_\_\_\_

Operaciones?  No  Si (Mes y Año) \_\_\_\_\_

#### Historial De Nacimiento:

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Hijo/a:  Natural  Adoptado/a  Hijastro/a

Tipo de parto? Vaginal o Cesaria Si cesaria, porque? \_\_\_\_\_

Alguna complicación?: \_\_\_\_\_

Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

Al Nacer: Peso \_\_\_\_\_ Pulgadas: \_\_\_\_\_

Recibio su bebe la vacuna Hep B al nacer?  si  no

#### Historia social:

Apunte todos los que viven en el hogar (por ejemplo: mamá, papá, abuela, hermana, etc):

Alguien fuma dentro o fuera de la casa?  No  Si /Quien? \_\_\_\_\_

Mascotas:  No  Si/ Que tipo? \_\_\_\_\_

#### Historia familiar/Problemas de SALUD de cada persona:

Madre: (viva/fallecida/desconocido) \_\_\_\_\_

Padre: (vivo/fallecido/desconocido) \_\_\_\_\_

Abuela Materna: (viva/fallecida/desconocido) \_\_\_\_\_

Abuelo Materno: (vivo/ fallecido/desconocido) \_\_\_\_\_

Abuela Paterna: (viva/fallecida/desconocido) \_\_\_\_\_

Abuelo Paterno: (vivo /fallecido/desconocido) \_\_\_\_\_



## Cuestionario de Tuberculosis

### Evaluación de Riesgos para Niños

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por bacterias de la tuberculosis y se transmite por un adulto con tuberculosis activa neumonía. Se transmite a otra persona al toser estornudar gérmenes de la TB en el aire. El niño pueden respirar estos gérmenes.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos más de dos semanas de duración, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un corto período de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa (esto se llama latente Tuberculosis o infección LTBI).

La tuberculosis es prevenible y tratable. TB pruebas cutáneas (también llamada PPD o Mantoux prueba) se utiliza para ver si su hijo ha sido infectado con gérmenes de la TB. No hay vacuna disponible para su uso en los Estados Unidos para prevenir la tuberculosis. La prueba de la piel no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos su ayuda para saber si su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

La tuberculosis puede causar fiebre o larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas), o tos con sangre. Por lo que usted sabe:

1. ¿Ha estado su hijo en torno a cualquier adulto con estos síntomas o problemas? **Circle: Sí o No**
2. ¿Su hijo ha tenido alguno de estos síntomas o problemas? **Circle: Sí o No**
3. ¿Ha estado su hijo en torno a alguna persona enferma de tuberculosis? **Circle: Sí o No**
4. ¿Nació su hijo o su hijo ha viajado a México o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África y Asia durante más de 3 semanas? **Circle: Sí o No**

Si es así, ¿qué país / países? \_\_\_\_\_

5. Para su conocimiento, su hijo ha pasado tiempo con alguien que es / ha sido una vía intravenosa (IV) consumidor de drogas, el VIH-infectados, en la cárcel o prisión o recientemente llegó a los Estado Unidos de otro país? **Circle: Sí o No**
6. ¿Su hijo ha tenido la prueba de TB recientemente? **Circle: Sí o No** (En caso afirmativo, especifique Fecha\_\_\_\_\_)
7. ¿Su niño ha tenido una prueba de tuberculina positiva? **Circle: Sí o No** (En caso afirmativo, especifique Fecha\_\_\_\_\_)