

## Formulario del Historial del Paciente Nuevo

Completar este formulario antes de su cita. El sueño es afectado por cualquier órgano interno, el ambiente, los problemas sociales, por eso necesitamos información detallada para la evaluación del sueño. Gracias por su tiempo.

### Información General

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Persona llenando el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
 Médico de referencia: \_\_\_\_\_  
 Otros médicos a recibir el reporte, y sus #s de faxes: \_\_\_\_\_  
 Razón principal de la visita: \_\_\_\_\_  
 ¿Por cuánto tiempo ocurre esto? \_\_\_\_\_ ¿Qué nivel? (marque uno) leve moderado severo

### Historial Médico (Marque la respuesta apropiada)

Historia de nacimiento: Tiempo completo (≥ 37 semanas) Prematuro (# de semanas: \_\_\_\_\_)  
 Hospitalizaciones: Ninguna Fechas y razones: \_\_\_\_\_  
 Cirujías: Ninguna Amigdalectomía (Fecha: \_\_\_\_\_) Adenoidectomía (Fecha: \_\_\_\_\_)  
 Tubos en los oídos (Fecha: \_\_\_\_\_) Otro: \_\_\_\_\_  
 Inmunizaciones: Esta al día: No Sí Vacuna contra la gripe: No Sí  
 Alergias a medicinas: No Sí (Si es así, medicamentos y reacciones): \_\_\_\_\_  
 ¿el paciente fuma? No Sí

### Medicinas Actuales /Suplementos (Escriba la cantidad, frecuencia, y si sólo se toma "cuando se necesita")

Actualmente no toma medicinas

Nombre	Cantidad / Dosis	Frecuencia (cuán seguido)

**Otras Terapias:** Marque y escriba las presiones, si se aplica  
 CPAP BIPAP Oxígeno Ventilador Otros  
 Ajustes: \_\_\_\_\_

### Revisión de los Sistemas (Marque la respuesta correcta)

Salud general	Buena	Soñoliento Siempre cansado	Apetito: Bueno malo	Peso: Normal	Bajo de peso	Sobre peso
		Síndrome genético:				
Piel	Normal	Seca Eczema Picazón en la noche				
Ojos	Normal	Anteojos Corto de Vista	No ve de lejos	Discapacidad visual		
Orejas, Nariz, Garganta	Normal	Infección al oído Pérdida de la audición	Congestión nasal Mocos	Goteo postnasal		
		Infección nasal	Respira con la boca abierta en el día	Respira con la boca abierta cuando duerme		
		Adenoides grandes Amígdalas grandes	Estreptococos en la garganta			
Cuello	Normal	Rigidez Glándulas Inflamadas	Traqueotomía			
Respiratorio	Normal	Asma Tos	Respiración ruidosa	Dificultad para Respirar	Para de Respirar	
Cardiovascular	Normal	Soplo Cardíaco	Defecto Congénito del Corazón	La Insuficiencia Cardíaca	Hipertensión Débil	
Gastrointestinal	Normal	Diarrea	Extreñimiento	Vomito	Acidez	Regurgita GE Reflujo G-Tubo
Genitourinario	Normal	Orina en la cama	dolor al orinar	Infección de Vejiga		
Musculosquelético	Normal	Escoliosis	Dolor de espalda	Artritis		
Neurológico	Normal	Dolor de cabeza	Convulsiones	Debilidad Retraso del desarrollo	Hipotonía	
Psiquiátrico/Conducta	Normal	Problemas de conducta	ADHD	ADD	Ansiedad	Depresión Autismo
Endocrino	Normal	Diabetes	Hipotiroidismo			
Hematología	Normal	Anemia	Inmunodeficiencia			
Otro:						

**Nivel de Dolor**

¿Tiene dolor en estos momentos? No Sí Si es así, marque el nivel: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Razón: \_\_\_\_\_

**Historial de la Familia (Marque la respuesta apropiada)**

	Mamá	Papá	Hermana 1	Hermana 2	Hermano 1	Hermano 2	Mamá de mamá	Papá de mamá	Mamá de papá	Papá de papá
Saludable										
Fallecido										
Ronquidos										
Apnea obstructive del sueño										
Uso del CPAP o BiPAP										
Sobrepeso										
Insomnio										
Síndrome de la pierna inquieta										
Narcolepsia										
Enfermedad de tiroides										
Otro:										

**Historial Social y del Medio ambiente (marque la respuesta correcta)**

Idioma en la casa	Inglés	Español	Otro:		
Vive con	Madre biológica	Madre adoptiva	Madrastra	Madre postiza	
	Padre biológico	Padre adoptivo	Padrastra	Padre postiza	
	Hermano(s) mayor	Hermana(s) mayor	Hermano(s) menores	Hermana(s) menores	
	Abuela maternal	Abuelo maternal	Abuela paterna	Abuelo paterna	
	Tía(s) maternal	Tío(s) maternal	Tía(s) paterna	Tío(s) paterna	
	Otro pariente	Otro que no sea pariente			
Ocupación del papá	Se queda en casa	Maestro	Enfermero	Doctor	Abogado
	Asistente Administrativo	Contador	Vendedor	Ingeniero	Otro:
Ocupación de la mamá	Se queda en casa	Maestra	Enfermera	Doctora	Abogada
	Asistencia Administrativa	Contadora	Vendedora	Ingeniera	Otro:
Educación del papá	8-12 años	Escuela Secundaria / GED	12-16 años		Grado Asociado
	Licenciatura	Máster	Doctorado		Postdoctoral
Educación de la mamá	8-12 años	Escuela Secundaria / GED	12-16 años		Grado Asociado
	Licenciatura	Máster	Doctorado		Postdoctoral
Padres biológicos	Casados	Nunca se casaron	Divorciados		Separados
Mascotas	Ninguno	Perro	Gato		Otro:
Exposición al humo	Ninguno	Mínimo	Frecuente		Todos los días
	Miembros de la familia que fuman adentro	Miembros de la familia que fuman afuera	Cuidadores que fuman adentro		Cuidadores que fuman afuera
Escuela	Preescolar tiempo completo	Preescolar medio tiempo	Escuela tiempo completo		Escuela medio tiempo
	Educación especial	Escuela en casa			
Nivel de Grado	No está en el colegio	Grado: _____	Marque: Presentemente		En el Otoño
Presente año escolar	Perdida de días 0	Perdida de días 1-5	Perdida de días 6-10		Perdida de días >10
Puntajes Escolares	A y B	B y C	C y D		Bajando en las notas

**Cómo te enteraste de nosotros? (Marque la respuesta apropiada)**

Médico Amigo Aviso Nuestro sitio de Web Búsqueda en Internet Facebook Evento Comunitario

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

Gracias por completar este formulario, para poder ofrecer una atención completa a su hijo.