



Florida Center for Pediatric Dermatology

FLORIDA HOSPITAL MEDICAL GROUP

Cuestionario de salud general

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

1. Por favor describa el problema o razón de su visita: _____

2. ¿Tiene algún historial de alergia a:

Comidas:

Medicinas:

Otras:

3. ¿Está tomando algún medicamento?

4. ¿Alguien en la familia (madre, padre, hermanos) tiene historial de:

Eczema, asma o alergias de ambiente:

Cáncer de piel:

Acné severo:

5. Historial social: ¿con quién vive el paciente?

¿Tienen animales domésticos en casa?

Nombre de la escuela o jardín infantil:

¿Alguien fuma en casa? Sí o No

Pasatiempo:

6. ¿Tiene algún historial de cirugías? Anótelas.

7. ¿Tiene historial de alguna de las siguientes?

Acné

Eczema

Convulsiones

Cáncer / Cáncer de piel

TDAH

Problemas del desarrollo

Asma

8. ¿Está el paciente en algún otro tratamiento? ¿Cuál?

9. Historia de nacimiento Prematuro: Sí o No Peso al nacer: _____

¿En qué semana de gestación nació?



Florida Center for Pediatric Dermatology

FLORIDA HOSPITAL MEDICAL GROUP

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Revisión de Sistemas: Tiene su hijo cualquiera de los siguientes:

General:

- ¿Tiene fiebre su niño? S/N
- ¿Ha tenido cambio de peso inesperado? S/N

Ojo:

- ¿Tiene su hijo irritación en los ojos? S/N

HEENT:

- ¿Tiene su niño lesiones orales? S/N
- ¿Tiene pérdida de la audición? S/N

Pulmonar:

- ¿Tiene dificultad para respirar? S/N
- ¿Tiene sibilancias? S/N

Cardiovascular

- ¿Tiene latido cardíaco irregular? S/N
- ¿Tiene historia de bloqueo arterial? S/N

GI:

- ¿Tiene diarrea? S/N
- ¿Tiene estreñimiento? S/N

GU:

- ¿Tiene problema renal? S/N

Musculoesquelético

- ¿Tiene dolor articular? S/N
- ¿Tiene enrojecimiento de articulación o hinchazón? S/N

- ¿Tiene debilidad muscular? S/N

- ¿Tiene dificultad con el movimiento? S/N

Endocrino:

- ¿Tiene problemas de la tiroides? S/N

Hematología:

- ¿Tiene historia de coágulos de sangre? S/N

- ¿Tiene sangrado fácil? S/N

Neurológica:

- ¿Tiene historia de convulsiones o trastornos convulsivos? S/N

- ¿Tiene dolor de cabeza? S/N

- ¿Tiene problemas del desarrollo? S/N

Psiquiátrico

- ¿Tiene depresión? S/N

- ¿Tiene ansiedad? S/N

Dermatológico

- ¿Tiene crecimiento de cabello excesivo? S/N