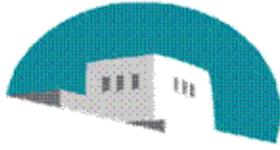


Historial pediátrico del sueño



UNM HOSPITALS

SLEEP DISORDERS CENTER

The EXPERTS IN SLEEP MEDICINE



Pediatric Sleep History PILOT
PROGRAMA PILOTO

1101 Medical Arts Ave., NE—Bldg #2, Albuquerque, NM 87102. Phone: (505) 272-6110 Fax: (505) 272-6112

Nombre del paciente: Patient Name: _____ Fecha de la cita: Date of appointment: _____

Dirección: Address: _____

Números telefónicos: Phone numbers Casa Home (____) _____ Celular Cell (____) _____
Trabajo Work (____) _____ Otro Other (____) _____

Formulario llenado por: Form completed by: _____ Fecha en que se llenó: Date completed: _____

Nombre y dirección del médico remitente: Referring Doctor Name and Address _____

Nombre y dirección del médico de atención primaria: Primary Care Doctor Name and Address _____

RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS PARA AYUDARNOS A ENTENDER EL SUEÑO DE SU HIJO

PLEASE ANSWER THESE QUESTIONS TO HELP US UNDERSTAND YOUR CHILD'S SLEEP

¿Cuáles son sus preocupaciones acerca del sueño de su hijo? What are your concerns about your child's sleep? _____

¿A qué edad empezaron los problemas del sueño? At what age did sleep problems begin? _____

Describa cómo ha cambiado el problema al paso del tiempo: Please describe how the problem has changed over time: _____

¿Qué ha intentado para ayudar a su hijo con sus problemas del sueño? What have you tried to help your child's sleep problems? _____

En DÍAS típicos ENTRE SEMANA o DÍAS ESCOLARES: On typical WEEKDAYS or SCHOOL DAYS:

La hora en la que mi hijo se va a dormir es My child's bed time is _____ p.m. a.m.

Le toma It takes him/her _____ min. hrs. para dormirse to fall asleep

Mi hijo se levanta a las My child's wake up time is _____ p.m. a.m.

¿Es difícil despertar a su hijo? Is your child difficult to awaken? SÍ YES NO

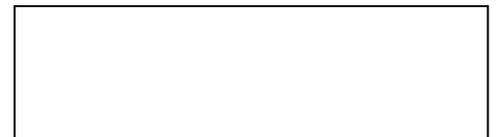
En FINES DE SEMANA típicos o DÍAS LIBRES: On typical WEEKENDS or DAYS OFF:

La hora en la que mi hijo se va a dormir es My child's bed time is _____ p.m. a.m.

Le toma It takes him/her _____ min. hrs. para dormirse to fall asleep

Mi hijo se levanta a las My child's wake up time is _____ p.m. a.m.

¿Es difícil despertar a su hijo? Is your child difficult to awaken? SÍ YES NO



MARQUE LA CASILLA PARA RESPONDER 'SÍ' O 'NO' A CADA PREGUNTA:

CHECK THE BOX TO ANSWER 'YES' OR 'NO' FOR EACH QUESTION:

SÍ YES NO **¿Tiene su hijo una rutina para la hora de irse a dormir?** Si "SÍ", marque las actividades que correspondan: *Does your child have a bedtime routine?* If YES: mark which activities apply.

Necesita tener su juguete favorito cerca para quedarse dormido *Favorite toy nearby to fall asleep*

Necesita que le den de comer para dormirse *Needs to be fed to fall asleep*

Necesita que lo acunen / mezan para dormirse *Needs to be rocked to sleep*

Necesita que alguien más esté en la habitación *Needs someone else in the room*

Sólo puede quedarse dormido en la cama de ud. *Can only fall asleep in your bed*

Mira la TV o un video para quedarse dormido *Watches TV or video to fall asleep*

Otra (describa) *Other (please describe)* _____

¿Cuánto tiempo dura normalmente la rutina de su hijo para la hora de irse a dormir?

How long does your child's bedtime routine usually take? _____ min. hrs.

¿Quién habitualmente acompaña a su hijo para que se acueste? *Who usually puts your child to bed?*

Madre *Mother*

Padre *Father*

Ambos *Both parents*

Sí mismo *Self*

Otro: *Other:* _____

Juega en la computadora *Plays on computer*

Juega videojuegos *Plays video games*

Escucha música *Listen to music*

Lee una historia *Read a story*

Toma un baño o ducha *Bath or shower*

Hace oración *Prayer*

MARQUE LA CASILLA PARA RESPONDER 'SÍ' O 'NO' A CADA PREGUNTA:

CHECK THE BOX TO ANSWER 'YES' OR 'NO' FOR EACH QUESTION:

SÍ YES NO

¿Comparte su hijo una habitación con alguien más? *Does your child share a bedroom with someone else?*

Si "SÍ", ¿con quién? *If YES: Whom?* _____

SÍ YES NO

¿Tiene su hijo una cama propia? *Does your child have his/her own bed?*

¿Qué clase de cama tiene su hijo?: *What kind of bed does your child have:*

Cuna *Crib* Gemela (individual) *Twin* Full (doble) *Full* Queen (matrimonial) *Queen*

King (extragrande) *King* Litera *Bunk bed* Cama de agua *Water bed* La cama de ud. *Your bed*

Otra: *Other:* _____

¿Dónde se queda dormido su hijo normalmente? *Where does your child usually fall asleep?* En su propia cama *Own bed*

En la cama de los padres *Parent's bed* En la cama de un hermano *Sibling's bed* Otro: *Other:* _____

¿Dónde duerme su hijo la mayor parte de la noche? *Where does your child sleep most of the night?* En su propia cama *Own bed*

En la cama de los padres *Parent's bed* En la cama de un hermano *Sibling's bed* Otro: *Other:* _____

¿Dónde se despierta su hijo normalmente? *Where does your child usually wake up?* En su propia cama *Own bed*

En la cama de los padres *Parent's bed* En la cama de un hermano *Sibling's bed* Otro: *Other:* _____

SÍ YES NO **¿Duerme alguna mascota en la cama de su hijo?** *Do pets sleep on your child's bed?*

SÍ YES NO **¿Hay alguna TV o computadora en la habitación de su hijo?** *Is there a TV or computer in your child's bedroom?*

SÍ YES NO **¿Lee o escucha música en la cama su hijo?** *Does your child read or listen to music in bed?*

SÍ YES NO **¿Se siente su hijo seguro en su habitación?** *Does your child feel safe in his/her bedroom?*



SÍ YES NO **¿Hace usted respetar la hora normal de irse a dormir de su hijo?** *Do you enforce regular bedtimes for your child?*
¿Cuánto tiempo pasa su hijo habitualmente en su propia habitación antes de irse a dormir? *How long does your child usually spend in his or her bedroom before going to sleep?* _____ min. hrs.

SÍ YES NO **¿Se le dificulta a su hijo quedarse dormido en la noche?** *Does your child have difficulty falling asleep at night?*
Si "SÍ", ¿por qué piensa usted que a su hijo se le dificulta quedarse dormido? *If YES: Why do you think your child has difficulty falling asleep?* _____

SÍ YES NO **¿Se despierta su hijo durante la noche?** *Does your child wake up during the night?*
Si "SÍ", ¿cuántas veces se despierta él o ella NORMALMENTE? *If YES: How many times does he or she USUALLY wake up?* _____
¿Por cuánto tiempo permanece despierto NORMALMENTE su hijo?
How long does your child USUALLY stay awake? _____ min. hrs.
¿Qué lo despierta? *What wakes your child up?* _____

SÍ YES NO **¿Se le dificulta a su hijo volver a quedarse dormido después de despertarse?**
Does your child have difficulty falling back to sleep after awakening?

SÍ YES NO **¿Está su hijo demasiado somnoliento (tiene mucho sueño) durante el día?** *Is your child too sleepy during the day?* Si "SÍ", describa POR QUÉ piensa usted que su hijo está demasiado somnoliento (tiene mucho sueño) durante el día. *If YES: Please describe WHY you think your child is too sleepy during the day* _____

SÍ YES NO **¿Toma su hijo siestas durante el día?** *Does your child take naps during the day?* Si "SÍ", ¿cuántas siestas toma su hijo NORMALMENTE por día? *If YES: How many naps does your child USUALLY take per day?* _____
¿Cuánto tiempo dura la siesta HABITUAL? *How long is the USUAL nap?* _____ min. hrs.
Al despertarse su hijo de la siesta, ¿se siente descansado? *Does your child wake up from the nap feeling rested?* SÍ YES NO
¿Dónde toma la siesta su hijo? *Where does your child nap?* En su propia cama *His/her bed*
 En la cama de usted *Your bed* Cuna *Crib* Auto *Car* Autobús escolar *School bus*
 Sala / sofá *Living room/couch* En la escuela *In school* Otro: *Other:* _____

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas? Si "SÍ", marque la casilla:

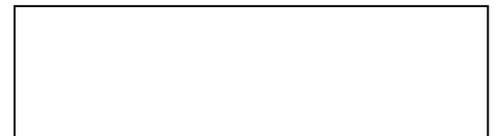
Does your child have any of the following symptoms? If YES, please check the box:

- Roncar *Snoring*
 Se despierta con la respiración cortada o ahogándose *Wakes up gasping for breath or choking*
 Deja de respirar mientras duerme *Stops breathing during sleep*
 Se esfuerza por respirar mientras duerme *Struggles to breathe during sleep*
 Su sueño es inquieto *Restless sleep*
 Suda en exceso mientras duerme *Sweats excessively while asleep*
 Se orina mientras duerme *Wets the bed while asleep*
 No puede dormir boca arriba *Cannot sleep on his/her back*
 Duerme en posiciones extrañas *Strange sleeping positions*
 Rechina los dientes cuando duerme *Grinds teeth while asleep*
 "Representa" (demuestra) sus sueños *"Acts out" dreams*
 Tiene pesadillas con frecuencia *Frequent nightmares*
-

- A menudo camina dormido Frequent sleepwalking
- A menudo habla dormido Frequent talking in his/her sleep
- Se queda dormido en situaciones o lugares fuera de lo común Falls asleep in odd situations or places
-
- No puede mantener sus piernas quietas antes de quedarse dormido Cannot keep his/her legs still prior to falling asleep
- Siente una necesidad irresistible de mover sus piernas cuando está sentado o recostado Has an irresistible need to move his/her legs when lying down or sitting
- Se despierta con acidez estomacal o con un sabor de boca agrio como de ácido estomacal (reflujo gastroesofágico o indigestión) Wakes up with heartburn or a sour, stomach-acid taste (acid reflux or indigestion)
-
- Se despierta con dolor de garganta Wakes up with a sore throat
- Se despierta con el corazón latiendo rápidamente o saltándose latidos Wakes up with heart beating fast or missing beats
- Se despierta confundido y desorientado Wakes up confused and disoriented
-
- A menudo, él o ella se despierta con dolor de cabeza Often has a headache when he/she wakes up
- A menudo se despierta con náuseas o con ganas de vomitar, o vomita Often wakes up with nausea or wanting to vomit, or vomits
- A menudo, él o ella se despierta con la boca reseca Often has a dry mouth when he/she wakes up.
-
- Tiene dificultad para respirar o tos que es peor en la noche Shortness of breath or coughing that is worse at night
- Tiene amígdalas grandes Large tonsils
- Se le dificulta quedarse dormido debido a congestión nasal Difficulty falling asleep due to nasal congestion
-
- Se le dificulta quedarse dormido debido a dolor Difficulty falling asleep due to pain
- Prefiere dormir con sus padres Prefers to sleep with parents
- Se rehúsa a irse a la cama Refuses to go to bed
-
- A menudo crea excusas para salirse de la cama en la noche Frequently makes excuses to get out of bed at night
- Tiene problemas con amistades o las interacciones sociales debido a la somnolencia Problems with friendships or social interactions because of sleepiness
- Tiene problemas de aprendizaje debido a la somnolencia Problems with learning because of sleepiness
-
- Tiene problemas de concentración y atención debido a la somnolencia Problems with concentration and attention because of sleepiness
- Tiene temores relacionados con dormirse, la habitación o la oscuridad Fears about sleeping, bedroom, or the dark
- Tiene dificultad para quedarse dormido porque se siente triste o deprimido Difficulty falling asleep due to sadness or depression
-
- Tiene dificultad para quedarse dormido porque se siente ansioso o preocupado Difficulty falling asleep due to being worried or anxious
- A menudo siente una debilidad repentina (no mareo) en las rodillas, el cuello o los brazos cuando algo le sobresalta, cuando se ríe, está enojado o exaltado Often has sudden weakness (not dizziness) in the knees, neck, or arms when he/she is startled, laughing, angry, or emotional
-
- De repente se queda dormido sin aviso Suddenly falls asleep without warning
- "Dolores del crecimiento" "Growing pains"
- Arrebatos de ira o hiperactividad que podrían estar relacionados con la somnolencia Anger or hyperactive outbursts that may be related to sleepiness
-
- Tiene crisis epilépticas (convulsiones) mientras duerme Has seizures while sleeping
- Claustrofobia Claustrophobia
- Ha subido de peso Weight gain

MARQUE LA CASILLA PARA RESPONDER 'SÍ' O 'NO' A CADA PREGUNTA: CHECK THE BOX TO ANSWER 'YES' OR 'NO' FOR EACH QUESTION:

- SÍ YES NO **¿Tiene su hijo horas fijas para sus comidas?** Does your child have regular meal times?
¿A qué hora come su hijo normalmente...? What time does your child usually eat
 El desayuno Breakfast _____ a.m. p.m.
 El almuerzo Lunch _____ a.m. p.m.
 La cena Dinner _____ a.m. p.m.
 Refrigerios Snacks _____ a.m. p.m.
- SÍ YES NO **¿COME o BEBE algo su hijo en las dos horas antes de irse a dormir?** Does your child DRINK or EAT within 2 hours of bedtime? **Si "SÍ", ¿cuántas onzas bebe su hijo?** If YES, how many ounces does your child drink?
 _____ onzas de ounces of _____
- ¿Qué es lo que él o ella come?** What does he or she eat? _____
- SÍ YES NO **¿Se levanta su hijo para comer en medio de la noche?** Does your child get up to eat in the middle of the night?



SÍ YES NO ¿Bebe su hijo alguna bebida que contenga **CAFEÍNA**? Does your child drink any beverages containing **CAFFEINE**?
Si "SÍ", escriba más detalles acerca de **CUÁNTO CONSUME** y **CON QUÉ FRECUENCIA**. If YES:
Please give more details about **HOW MUCH** and **HOW OFTEN**.

Café: Coffee: _____

Té caliente: Hot Tea: _____

Té helado: Iced Tea: _____

Refresco (soda) con cafeína (incluyendo Mountain Dew®, Dr. Pepper®, Coca-Cola®, Pepsi®, refrescos dietéticos y bebidas energéticas): Caffeinated soda (including Mountain Dew, Dr. Pepper, Coke, Pepsi, diet soda, and energy drinks): _____

¿Cuántas horas al DÍA mira su hijo la TV? How many hours of TV does your child watch in a DAY? _____ hrs.

¿En una SEMANA? in a WEEK? _____ hrs.

¿Cuántas horas al DÍA juega su hijo VIDEOJUEGOS? How many hours of VIDEO GAMES does your child play in a DAY? _____ hrs.

¿En una SEMANA? in a WEEK? _____ hrs.

¿Cuántas horas al DÍA pasa su hijo en la COMPUTADORA? How many hours does your child spend on the COMPUTER in a DAY?

_____ hrs. ¿En una SEMANA? in a WEEK? _____ hrs.

¿Qué hace su hijo de ACTIVIDAD FÍSICA o EJERCICIO? What does your child do for PHYSICAL ACTIVITY or EXERCISE? _____

CALIFIQUE CUÁNTO SUEÑO (QUÉ TAN SOMNOLIENTO SE) SIENDE SU HIJO DURANTE EL DÍA

RATE HOW SLEEPY YOUR CHILD FEELS DURING THE DAY

¿Qué probabilidades tiene su hijo de ADORMILARSE o SENTIR SUEÑO (no solamente de sentir cansancio o fatiga) en las siguientes situaciones? Esto se refiere a cuánto sueño ha sentido él o ella RECIENTEMENTE (como por ejemplo, en las últimas DOS SEMANAS). Si su hijo no ha estado en estas situaciones recientemente, trate de IMAGINARSE cuánto sueño él o ella sentiría o qué tan adormilado se sentiría en estas situaciones. How likely is your child to DOZE OFF or FEEL SLEEPY (not just feeling tired or fatigued) in the following situations? This refers to how sleepy he or she has been RECENTLY (such as in the last TWO WEEKS). If your child has not been in these situations recently, try to IMAGINE how sleepy he or she would feel in these situations.

Use la siguiente escala para escoger el número más adecuado en cada situación (ENCIÉRRELO EN UN CÍRCULO):
Use the following scale to choose (CIRCLE) the most appropriate number in each situation:

0 = Mi hijo NUNCA se adormecería My child would NEVER doze off

1 = Mi hijo tendría una LEVE POSIBILIDAD de adormecerse (aproximadamente el 10% del tiempo)

My child would have a SLIGHT CHANCE of dozing off (about 10% of the time)

2 = Mi hijo tendría una POSIBILIDAD MODERADA de adormecerse (aproximadamente el 50% del tiempo)

My child would have a MODERATE CHANCE of dozing off (about 50% of the time)

3 = Mi hijo tendría una ALTA POSIBILIDAD de adormecerse (casi el 100% del tiempo)

My child would have a HIGH CHANCE of dozing off (nearly 100% of the time)

Probabilidad de adormilarse o quedarse dormido Chance of Dozing

0 1 2 3 En la escuela In school

0 1 2 3 Después de la escuela After school

0 1 2 3 Cuando está sentado tranquilamente en un lugar público (como por ejemplo, en el cine, el salón de clases o la iglesia) Sitting quietly in a public place (such as in a movie, classroom, or church)

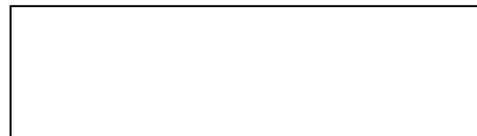
0 1 2 3 Como pasajero en un automóvil As a passenger in a car

0 1 2 3 Cuando se recuesta a reposar en la tarde Lying down to rest in the afternoon

0 1 2 3 Cuando juega tranquilamente con sus amigos Playing quietly with friends

0 1 2 3 Cuando está sentado tranquilamente después de haber almorzado Sitting quietly after a lunch

0 1 2 3 Cuando está viendo la TV Watching TV



¿A qué edad hizo su hijo lo siguiente? At what age did your child:

Caminó *Walk?* _____ años years meses months

Habló *Talk?* _____ años years meses months

¿Puede hacer su hijo lo siguiente? Does your child:

- Señalar las partes del cuerpo *Point to body parts* Saberse su edad *Know his or her age* Sumar / restar *Add / Subtract*
 Decir el alfabeto *Say the alphabet* Contar (¿Hasta qué número? _____) *Count (how high?)* Multiplicar / dividir *Multiply / Divide*
 Saberse los colores *Know his or her colors* Escribir su nombre *Write his or her name* Leer conforme a su grado escolar *Read at grade level*

Sí YES NO **¿Asiste su hijo a la escuela? Si "Sí", ¿en qué grado? _____** *Is your child in school? If YES: What grade?*

Sí YES NO **¿Ha REPROBADO su hijo alguna vez UN GRADO ESCOLAR? Has he or she ever been HELD BACK a grade?**

Sí YES NO **¿Asiste su hijo a clases de EDUCACIÓN ESPECIAL? Is he or she in SPECIAL EDUCATION classes?**

Sí YES NO **¿Tiene su hijo alguna DISCAPACIDAD DEL APRENDIZAJE? Does he or she have a LEARNING DISABILITY?**

¿Le han informado los MAESTROS de su hijo algo de lo siguiente? Have your child's TEACHER(S) reported any of the following?

- Demasiado somnoliento *Too sleepy* Arrebatos de ira *Outbursts of anger*
 Sentimientos de tristeza *Sad/Blue mood* Se queda dormido / toma siestas en clase *Falls asleep/naps in class*
 Fantasea *Daydreams* Están bajando sus calificaciones (notas) *Grades are falling*
 Crea problemas en la clase *Disruptive in class* Arranques de hiperactividad *Outbursts of hyperactivity*
 Tiene la mirada perdida *Stares into space* No mantiene la atención por períodos prolongados *Short attention span*
 No sigue las instrucciones *Does not follow instructions* Otro: *Other:* _____

¿Cómo están las calificaciones (notas) de su hijo ESTE AÑO? How are your child's grades THIS YEAR?

- Excelentes *Excellent* Buenas *Good* Promedio *Average* Malas *Poor*

¿Cómo estuvieron sus calificaciones EL AÑO PASADO? How were your child's grades LAST YEAR?

- Excelentes *Excellent* Buenas *Good* Promedio *Average* Malas *Poor*

Sí YES NO **¿Tiene su hijo PROBLEMAS DE CONDUCTA? Does your child have BEHAVIOR PROBLEMS?**

Si "Sí", describa: *If YES: Please describe* _____

Sí YES NO **¿Ha llegado su hijo TARDE A LA ESCUELA porque se le dificulta despertar en la mañana?**

Has your child been LATE TO SCHOOL because of difficulty awakening in the morning?

Si "Sí", ¿Cuántas veces este año? *If YES: How many times this year?* _____ ¿Cuántas veces el año pasado? *How many times last year?* _____

Sí YES NO **¿Toma su hijo algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A DORMIR? Si "Sí", anote el nombre, la dosis y la frecuencia: Do you give your child any medicines or herbs (prescribed or over-the-counter) to HELP him or her GO TO SLEEP? If YES: Please list the name, dose, and frequency**

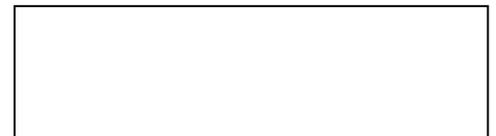
Sí YES NO **¿Toma su hijo algún medicamento o hierba (recetado o comprado sin receta médica) para AYUDARLO A PERMANECER DESPIERTO? Si "Sí", anote el nombre, la dosis y la frecuencia: Do you give your child any medicines or herbs (prescribed or over-the-counter) to HELP him or her STAY AWAKE? If YES: Please list the name, dose, and frequency**

Haga una lista de todos los MEDICAMENTOS que su hijo NO PUEDA TOMAR debido a alergias o a efectos secundarios: Please list any MEDICATIONS your child CANNOT TAKE because of allergy or side effects: _____

Sí YES NO **¿Tiene su hijo alergias al LÁTEX? Does your child have allergies to LATEX?**

¿Tiene su hijo?: Does your child have:

- Alergias estacionales *Seasonal Allergies* Alergias a alimentos *Food Allergies*
 Alergias ambientales *Environmental Allergies*



Haga una lista de TODOS los medicamentos (incluyendo los medicamentos sin receta y los complementos nutritivos) que su hijo esté tomando ACTUALMENTE: *Please list ALL the medications (including over-the-counter and nutritional supplements) that your child is CURRENTLY taking:*

Nombre Name Dosis Dose Frecuencia Frequency

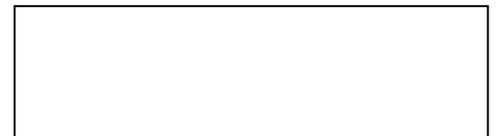
Nombre Name Dosis Dose Frecuencia Frequency

SÍ YES NO ¿Están al día las VACUNACIONES de su hijo? *Are your child's IMMUNIZATIONS up to date?*

¿TIENE su hijo ACTUALMENTE o HA TENIDO EN EL PASADO algo de lo siguiente? Marque todo lo que corresponda: *Does your child HAVE NOW or HAD IN THE PAST any of the following? Check all that apply:*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico Acid reflux (GERD) | <input type="checkbox"/> Problemas de audición Hearing problems |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención o hiperactividad ADD or ADHD | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos Heart murmur |
| <input type="checkbox"/> Vegetaciones adenoideas extirpadas Adenoids removed | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón Heart problems |
| <input type="checkbox"/> Episodio de muerte aparente del lactante ALTE or near-SIDS | <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón Heart surgery |
| <input type="checkbox"/> Anemia Anemia | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal / craneoencefálico Head injury |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad Anxiety | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta High blood pressure |
| <input type="checkbox"/> Asma Asthma | <input type="checkbox"/> Alto colesterol High cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Se orina en la cama Bedwetting | <input type="checkbox"/> VIH y/o SIDA HIV and/or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta Behavior problems | <input type="checkbox"/> Lesión en la nariz Injury to nose |
| <input type="checkbox"/> Fue un bebé prematuro Born premature | <input type="checkbox"/> Problemas del riñón Kidney problems |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral Brain injury | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental Mental illness |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Cancer | <input type="checkbox"/> Necesita o usa anteojos Needs/Has glasses |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico Chronic pain | <input type="checkbox"/> Exceso de peso u obesidad Overweight or Obesity |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Neumonía Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Depresión Depression | <input type="checkbox"/> Problemas en el nacimiento Problems at birth |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo Developmental delay | <input type="checkbox"/> Mal apetito o melindroso Poor appetite or picky eater |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales Seasonal allergies |
| <input type="checkbox"/> Tubos en el oído Ear tubes | <input type="checkbox"/> Crisis epilépticas o trastornos convulsivos Seizures or seizure disorder |
| <input type="checkbox"/> Alergias ambientales Environmental allergies | <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales Sinus problems |
| <input type="checkbox"/> Desmayos Fainting | <input type="checkbox"/> Crecimiento lento Slow growth |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones febriles Febrile convulsions | <input type="checkbox"/> Problemas del habla Speech problems |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones del oído Frequent ear infections | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides Thyroid problems |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Headaches | <input type="checkbox"/> Extirpación de las amígdalas (tonsilectomía) Tonsillectomy |

Anote CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO que no haya sido mencionado anteriormente: *Please list ANY OTHER MEDICAL PROBLEMS not mentioned above:*



Escriba una lista de todas las OPERACIONES u HOSPITALIZACIONES que haya tenido su hijo: Please list any OPERATIONS or HOSPITALIZATIONS your child has had:

Fecha aproximada Approximate Date

Tipo de cirugía o motivo de la hospitalización_Type of surgery or Reason for hospitalization

¿Nació su hijo Was your child born... a término completo? Full term prematuro? Premature

¿Cuánto pesó su hijo al nacer? What was your child's birth weight? _____ libras lbs _____ ONZAS oz

¿Fue complicado el embarazo, el parto o el nacimiento? Si "Sí", describa: Was the pregnancy, labor, or birth complicated? IF YES, please describe: _____

¿Tiene su hijo algún PARIENTE CONSANGUÍNEO que tenga o haya tenido algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda): Do your child have any BLOOD RELATIVES who have or had (check all that apply):

- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad ADD / ADHD
- Enfermedad de Alzheimer/Alzheimer's Disease
- AlergiasAllergies
- AnemiaAnemia
- AnsiedadAnxiety
- Asma Asthma
- Trastorno bipolarBipolar disorder
- Tumor cerebralBrain tumor
- Cáncer o leucemiaCancer or Leukemia
- Problemas del aprendizajeLearning problems
- Depresión Depression
- DiabetesDiabetes
- Dolores de cabeza / migrañasHeadaches / Migraines
- HiperactividadHyperactivity
- Enfisema / enferm. pulmon. obstructivas crónicas Emphysema COPD
- Epilepsia / ataques fisiológicos (convulsiones)
- Somnolencia excesiva
- Enfermedades del corazón Heart disease
- Presión arterial alta High blood pressure

- Alto colesterol High cholesterol
- Insomnio Insomnia
- Enfermedades del riñón Kidney disease
- Fuertes ronquidos Loud snoring
- Enfermedad mental Mental illness
- Narcolepsia Narcolepsy
- Obesidad Obesity
- Migrañas Migraine headaches
- Síndrome de las piernas inquietas Restless Legs Syndrome
- Esquizofrenia Schizophrenia
- Síndrome de muerte súbita del lactante SIDS or Crib Death
- Apnea del sueño Sleep apnea
- Problemas del sueño Sleep problems
- Camina dormido (es sonámbulo) Sleepwalking
- Roncar Snoring
- Embolia / derrame cerebral Stroke / Brain Hemorrhage
- Enfermedad tiroidea Thyroid disease
- Tuberculosis Tuberculosis

Anote cualquier otra ENFERMEDAD O AFECCIÓN importante que OCURRA EN SU FAMILIA Please list any other significant MEDICAL CONDITIONS that RUN IN THE FAMILY: _____

SÍ YES NO ¿Tiene hermanos su hijo? Does your child have siblings?

Si "Sí", anote el nombre, la edad y el sexo de los hermanos: If YES: List the name, age, and sex of the siblings

NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____	NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____
NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____	NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____
NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____	NOMBRE NAME _____	EDAD AGE _____	SEXO SEX _____



¿Quién más vive en casa con su hijo? Who else lives at home with your child?

NOMBRE NAME _____
NOMBRE NAME _____
NOMBRE NAME _____
NOMBRE NAME _____
NOMBRE NAME _____

RELACIÓN O PARENTESCO RELATIONSHIP _____
RELACIÓN O PARENTESCO RELATIONSHIP _____
RELACIÓN O PARENTESCO RELATIONSHIP _____
RELACIÓN O PARENTESCO RELATIONSHIP _____
RELACIÓN O PARENTESCO RELATIONSHIP _____

- SÍ YES NO ¿Hay fumadores en casa? Are there any smokers in the home?
 SÍ YES NO ¿Hay alguna pistola en casa? Are there any guns in the home?
 SÍ YES NO ¿Hay alguna persona en casa que tenga problemas de drogadicción o alcoholismo? Is there anyone in the home who has a problem with drugs or alcohol?
 SÍ YES NO ¿Tiene la familia alguna mascota? Does the family have any pets?

Marque cualquier síntoma que le haya molestado a su hijo en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS. Please check any symptoms that have bothered your child in the LAST TWO WEEKS.

En las ÚLTIMAS DOS SEMANAS mi hijo ha tenido lo siguiente:

Ojos Eyes

- Problemas para ver Trouble seeing
 Necesita anteojos Needs glasses
 Irritación o molestias de los ojos Eye irritation or discomfort

Oídos, nariz, garganta Ear, Nose, Throat

- Dolor de oído Ear pain
 Sangrado de la nariz Nosebleeds
 Nariz tapada o congestión Stuffy or congested nose
 Dificultad para tragar Difficulty swallowing
 Dolor de garganta Sore throat
 Problemas de los senos paranasales Sinus problems
 Su habla es gangosa Nasal speech

Cuello Neck

- Rigidez de cuello (nuca) o dolor Neck stiffness or pain
 Glándulas hinchadas del cuello Swollen neck glands

Sistema cardiovascular Cardiovascular

- Dolor en el pecho Chest pain
 Presión o tensión en el pecho Tightness/ressure in chest
 Su corazón se salta latidos Skipped heart beats
 Mala circulación sanguínea Poor circulation

Aparato locomotor Musculoskeletal

- Dolor de espalda o de articulaciones Back or joint pain
 Camina con torpeza Clumsy walking
 Dolores del crecimiento Growing pains
 Mala coordinación Poor coordination

Aparato respiratorio Pulmonary

- Respiración con silbido (resoplo) Wheezing
 Le falta el aliento / dificultad para respirar (disnea) Shortness of breath
 Tos nocturna Nighttime cough

Aparato Digestivo Gastrointestinal

- Reflujo gastroesofágico / acidez estomacal Acid reflux / heartburn
 Náusea o vómito Nausea / vomiting
 Frecuentes dolores estomacales Frequent stomach aches

Aparato genitourinario Genitourinary

- Infecciones de las vías urinarias Urinary tract infections

Hematológicos / Inmunológicos Hematologic/Immunologic

- Sangrado anormal Abnormal bleeding
 Le salen moretones fácilmente Easy bruising
 Infecciones Infections

Piel skin

- Salpullido Rash
 Llagas o lesiones de la piel Skin sores or lesions
 Eczema (salpullido alérgico) Eczema

Neurológico Neurologic

- Dolores de cabeza Headaches
 Mareo Dizziness
 Desmayos Fainting
 Tics nerviosos Tics
 Mirada perdida Staring spells

De la constitución Constitutional

- Peso más bajo que el normal Underweight
 Peso más alto que el normal Overweight

Psicológicos Psychological

- Agresivo / se enoja mucho Aggressive / Angry a lot
 Ataques de ansiedad o pánico Anxiety or Panic attacks
 Lloro fácilmente Cries easily
 Sentimientos de tristeza / depresión Sad or blue mood / depression
 Es inquieto(a) Fidgety
 Se le dificulta terminar tareas Difficulty completing tasks
 Se distrae fácilmente Easily distracted
 Se frustra fácilmente Easily frustrated
 No juega como los otros niños Doesn't play like other kids
 Contacto visual deficiente Poor eye contact
 Abuso físico o emocional Physical or emotional abuse

¡Muchas gracias por responder este cuestionario!
Thank you for completing this questionnaire

Para uso exclusivo de la oficina (Office use only)

Especialista clínico (Clinician):

Fecha (Date): _____

--