

Cuestionario de paciente nuevo de la clínica REACH

Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando con un círculo o llenando la respuesta apropiada.

Pregunta	Respuesta (círcule o llene la respuesta)	Explicación
¿Cuál se relaciona más a la ascendencia de su hijo?	Indio Americano o Americano Nativo Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino Nativo de Hawái o Islas del pacifico Blanco/Caucásico Otro Negarse a responder	
¿Los padres biológicos están relacionados (son parientes) antes de que naciera el niño?	Sí No	
¿Su hijo ha tomado antidepresivos tricíclicos? (Ej: Amitriptyline, imipramine, desipramine, nortriptyline) <i>Uso común: para la depresión</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOIs por sus siglas en inglés)? (Ej: Phenelzine, isocarboxazid) <i>Uso común: para depresión o ansiedad</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado anticonvulsivos o estabilizantes del ánimo? (Ej: Lithium, valproic acid, carbamazepine, gabapentin) <i>Uso común: para convulsiones o trastornos del animo</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado Inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRIs, por sus siglas en inglés)? (Ej: Paroxetine, sertraline) <i>Uso común: para la depresión o ansiedad</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado antipsicóticos atípicos? (Ej: Clozapine, olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone) <i>Uso común: para el tratamiento de psicosis incluyendo esquizofrenia y trastorno bipolar</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado antidepresivos tetracíclicos? (Ej: Mirtazapine) <i>Uso común: para la depresión</i>	Sí No	

Pregunta	Respuesta (circule o llene la respuesta)	Explicación
¿Su hijo ha tomado bloqueadores beta? (Ej: Propanolol) <i>Uso común: para la presión arterial alta, latidos irregulares o dolor de pecho</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado bloqueantes antagonistas de calcio? (Ej: Nifedipine, verapamil) <i>Uso común: para la presión alta, latidos irregulares o dolor de pecho</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado corticoesteroides? (Ej: dexamethasone, prednisone, flunisolide, fluticasone) <i>Uso común: para el asma o alergias severas</i>	Sí No	
¿Su hijo ha tomado anticonceptivos? (Ej: Píldoras orales anticonceptivas, Depo-Provera, NuvaRing) <i>Uso común: para menstruaciones irregulares o contraceptivo</i>	Sí No	
¿Cuál describe mejor el peso de la madre antes del embarazo?	Delgada Normal Sobre peso Obesa	
Aproximadamente, ¿cuánto peso aumento la madre del paciente durante el embarazo?	Menos de 20 lb. 20 a 30 lb. 30 a 40 lb. Más de 40 lb.	
¿La madre tuvo colesterol alto antes del embarazo?	Sí No	
Si sí, ¿la madre tomo medicamento(s) para disminuir los lípidos?	Sí No	
¿La madre tuvo una prueba de tolerancia a la glucosa o "diabetes" durante el embarazo?	Sí No	
Si sí, ¿la prueba de tolerancia a la glucosa salió normal?	Sí No	
¿La madre tuvo diabetes durante el embarazo?	Sí No	
Si sí, ¿la madre tomo medicamentos para la diabetes durante el embarazo?	Sí No	
¿La madre uso alcohol o drogas ilícitas durante el embarazo?	Sí No	
¿Cuándo se empezó a sentar su hijo solo?	Antes de 6 meses 6 a 7 meses Después de 7 meses No estoy seguro	

Pregunta	Respuesta (circule o llene la respuesta)	Explicación
¿Cuándo empezó a gatear su hijo?	Antes de 9 meses 9 a 12 meses Después de 12 meses No estoy seguro	
¿Cuándo empezó a pararse solo su hijo?	Antes de 10 meses 10 a 12 meses Después de 12 meses No estoy seguro	
¿Cuándo dijo sus primeras palabras su hijo?	Antes de 9 meses 9 a 12 meses Después de 12 meses No estoy seguro	
¿Cuándo empezó a caminar su hijo solo?	Antes de 12 meses 12 a 15 meses Después de 15 meses No estoy seguro	
¿Amamanto a su hijo?	No, nunca fue amamantado Sí, por 0-3 meses Sí, por 3-6 meses Sí, por 6-9 meses Sí, por 9-12 meses Sí, por más de 12 meses	
Si amamanto a su hijo, ¿él/ella recibió fórmula suplemental?	No, nunca suplemente con fórmula Sí, suplemente por 0-3 meses Sí, suplemente por 3-6 meses Sí, suplemente por 6-9 meses Sí, suplemente por 9-12 meses Sí, suplemente por más de 12 meses	
¿La madre biológica ha tenido una prueba de colesterol?	Sí No	Resultados:
¿La madre biológica toma medicamento para bajar el colesterol?	Sí No	
¿El padre biológico ha tenido una prueba de colesterol?	Sí No	Resultados:
¿El padre biológico toma medicamento para bajar el colesterol?	Sí No	

Pregunta	Respuesta (circule o llene la respuesta)	Explicación
En promedio, ¿cuántos días por semana desayuna su hijo?	0 a 1 día 2 a 3 días 4 a 5 días 6 a 7 días	
En promedio, ¿cuántos días por semana hace ejercicio su hijo?	0 a 1 día 2 a 3 días 4 a 5 días 6 a 7 días	
¿Cuánta actividad física tiene su hijo al día?	0 a 1 hora 2 horas 3 horas Más de 4 horas	
¿Su hijo participa en la clase de educación física en la escuela?	Sí No	
Si sí, ¿cuántos días a la semana su hijo va a la clase de educación física?	0-1 días 2-3 días 4-5 días	
¿Cuántas horas al día su hijo juega videojuegos?	Ni una 1 a 2 horas 3 a 4 horas Más de 4 horas	
¿Cuántas horas al día su hijo trabaja en la computadora?	Ni una 1 a 2 horas 3 a 4 horas Más de 4 horas	
¿Cuántas horas al día su hijo ve la televisión?	Ni una 1 a 2 horas 3 a 4 horas Más de 4 horas	
¿Su hijo tiene una televisión o computadora en su habitación?	Sí No	
En una noche regular, ¿cuántas horas duerme su hijo?	2 a 4 horas 5 a 7 horas 8 a 9 horas Más de 9 horas	
¿Qué tipo de leche bebe su hijo?	Leche descremada 1% 2% Leche entera No bebe leche	

Pregunta	Respuesta (circule o llene la respuesta)	Explicación
¿Cuánta leche bebe su hijo al día? (1 taza = 8 onzas)	Nada 1 a 2 tazas 3 a 4 tazas 5 a 6 tazas Más de 6 tazas	
¿Cuánto jugo bebe su hijo al día? (1 taza = 8 onzas)	Nada 1 a 2 tazas 3 a 4 tazas 5 a 6 tazas Más de 6 tazas	
¿Cuánta soda bebe su hijo al día? (1 taza = 8 onzas)	Nada 1 a 2 tazas 3 a 4 tazas 5 a 6 tazas Más de 6 tazas	
¿Cuánto Kool-Aid®/Gatorade®/bebidas deportivas bebe su hijo al día? (1 taza = 8 onzas)	Nada 1 a 2 tazas 3 a 4 tazas 5 a 6 tazas Más de 6 tazas	
¿Cuánta agua bebe su hijo al día? (1 taza = 8 onzas)	Nada 1 a 2 tazas 3 a 4 tazas 5 a 6 tazas Más de 6 tazas	
Durante una semana típica, ¿cuántas veces la familia come en la calle o come comida rápida?	Nada 1 a 2 veces por semana 3 a 4 veces por semana Más de 4 veces por semana	
Durante una semana típica, ¿cuántas veces cenar juntos en familia?	Nunca 1 a 2 veces por semana 3 a 4 veces por semana Más de 4 veces por semana	
¿Con qué frecuencia come su hijo cena mientras que ve la televisión, juega juegos de video, usa la computadora u otro aparato electrónico, como un teléfono celular?	Nunca 1 a 2 veces por semana 3 a 4 veces por semana Más de 4 veces por semana	

Mujeres en edad de pubertad

Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando con un círculo o llenando la respuesta apropiada.

Pregunta	Respuesta (circule o llene la respuesta)	Explicación
¿Su hija ha tenido un periodo menstrual?	Sí No	Si sí, a qué edad comenzó:
Por lo general, ¿Cuánto tiempo dura el periodo menstrual de su hija?	Menos de 5 días 5 a 7 días Más de 7 días	
¿Cuál es la frecuencia de los periodos menstruales de su hija?	Menos de una vez al mes Mensual Más de una vez al mes	
¿Cuál es el carácter del sangrado?	Ligero Moderado Mucho	
¿Su hija tiene dolor, calambres severos o vómitos con el periodo?	Sí No	
¿Su hija ha estado embarazada?	Sí No	
¿Su hija tiene acné severo?	Sí No	
¿Su hija tiene bello/pelo facial o corporal excesivo?	Sí No	
Si sí, ¿su hija usa cualquier método para eliminar el bello/pelo?	Usa cera caliente Se rasura Máquina para remover el bello/pelo Otro	