



Mt. Washington Pediatric Hospital

Weigh Smart® Program

Formulario de información para pacientes nuevos

1708 West Rogers Avenue ♦ Baltimore, Maryland 21209-4596
(410) 578-5343 ♦ FAX: (410)578-2654

Place Label Here or
Last Name, _____ First Name _____
Med Rec # _____ or _____
Date of Birth _____

OBTENGA DE SU MÉDICO PRIMARIO UNA COPIA DE LA TABLA DE ESTATURA (Growth Chart) DE SU HIJO Y ADJÚNTELA A ESTE FORMULARIO. ENVÍE TODOS LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ARRIBA.

Fecha de hoy: _____

Nombre de quien llena el formulario y relación con el niño: _____

¿Tiene usted la custodia del niño? Sí No Si no, ¿quién la tiene? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso actual: _____ Estatura: _____

Grupo étnico del paciente: (Opcional, sólo para información) **ENCIERRE EN UN CÍRCULO**

0 – Caucásico

1 – Afroamericano

2 – Hispano

3 – Asiático

4 – Otro _____

Dirección: _____

Teléfono domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre/madre: _____ Teléfono trabajo: _____

Médico que remite: _____ Teléfono: _____

¿Por qué está interesado en nuestro programa? _____

ANTECEDENTES DE NACIMIENTO:

Peso: _____ Tamaño: _____ Nació a término: **Sí No** Prematuro: **Sí No**

¿En qué hospital nació? _____

Si fue prematuro, ¿a las cuántas semanas nació el niño? _____

Por favor describa en la línea de abajo.

Problemas durante el embarazo: Sí No _____

Problemas durante el parto: Sí No _____

Problemas en el primer mes: Sí No _____

ANTECEDENTES DE ALIMENTACIÓN:

¿Fue amamantado? Sí No

Si lo fue, ¿por cuánto tiempo? _____ y encierre una: **Se extrajo leche o Amamantó**

¿Qué fórmulas de leche de bebé se utilizaron? _____

¿A qué edad se introdujeron el cereal de arroz y las comidas de bebé? _____

¿Qué alimentos/comidas evita darle a su hijo? _____

Place Label Here
or

Last Name, First Name

Med Rec # _____ or

Date of Birth _____

¿Hay antecedentes de trastornos de alimentación? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuáles? _____

ESTILO DE ALIMENTACIÓN:

¿Come su hijo porciones grandes de comida? Sí No

¿Le gusta “picar”? Sí No

¿Se salta alguna comida? Sí No (Si lo hace, ¿cuál o cuáles comidas? Encierre en un círculo):

Desayuno	Almuerzo	Cena
-----------------	-----------------	-------------

¿Quién compra los comestibles? **ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 0-Madre | 1-Padre |
| 2-Padre y madre | 3-Abuelo/a |
| 4-Niño | 5-Niño y padre/madre |
| 6-Niño y abuelo/a | |

¿Quién prepara las comidas? **FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO**

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 0-Madre | 1-Padre |
| 2- Padre y madre | 3-Abuelo/a |
| 4-Niño | 5-Niño y padre/madre |
| 6-Niño y abuelo/a | |

Veces que se come comida rápida a la semana: _____ ¿De qué restaurante(s)? _____

Cuántas comidas se comen fuera de casa a la semana: _____ Dónde:

¿Desayuna el niño en la escuela? SÍ o NO ¿Almuerza en la escuela? SÍ o NO

Comidas preferidas: _____

Bebidas preferidas: _____

¿Come en la mesa junto con la familia? Siempre Nunca A veces

¿Come frente al televisor? Siempre Nunca A veces

¿No come mucho pero tiene tendencia a aumentar de peso? Sí No

¿Es su hijo muy particular con respecto a ciertas comidas? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuáles? _____

¿Ha intentado dietas anteriormente para ayudarle a bajar de peso a su hijo? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuál o cuáles? _____

¿Está siguiendo su hijo alguna dieta especial? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuál o cuáles? _____

Place Label Here or
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Last Name, First Name </div>
Med Rec # _____ or
Date of Birth _____

¿Su familia come entre comidas? Sí No

¿Qué se come frecuentemente como refrigerio? (por lo menos una vez a la semana) **FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO**

- | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------------|
| 0-Galletas/Pasteles | 3-Sandwiches | 6-Yogur |
| 1-Fruta(fruta entera no jugo) | 4-Granola | 7-Nueces |
| 2-Chips | 5-Cereal | 8-Dulces/caramelos |

¿A qué hora del día tiene más hambre el niño? **FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO**

- 0-Por la mañana
- 1-Por la tarde
- 2-Por la noche
- 3-Muy tarde en la noche

¿Cuántas veces al día dice el niño que tiene hambre? **0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - Más**

¿Come el niño antes de irse a la cama? Sí No, ¿qué come? _____

¿Habitualmente qué bebidas escoge su hijo? **ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- 0-Soda/gaseosas ¿cuánto al día (onzas o vasos): _____
- 1-Jugo ¿cuánto al día (onzas o vasos): _____
- 2-Agua ¿cuánto al día (onzas o vasos): _____
- 3-Leche ¿cuánto al día (onzas o vasos): _____
- 4-Otras: _____

¿Algún familiar oculta comida o come en secreto? Sí No ¿Quién? _____

¿Hay antecedentes familiares de trastornos de alimentación? Sí No

Si contestó que sí, explique: _____

¿Ha contribuido alguno de los siguientes a los problemas de peso de su hijo? **ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 0-Aburrimiento | 7-Comer afuera |
| 1-Estrés | 8-Tomar refrigerios |
| 2-Enojo | 9-Feridos |
| 3-Felicidad | 10-No tener actividad |
| 4-Tristeza | 11-Genética |
| 5-Comida como recompensa | 12-Falta de planeamiento |
| 6-Porciones | 13-Oler/ver la comida |

HISTORIA MÉDICA PASADA:

¿Para qué enfermedades infantiles ha recibido tratamiento su hijo?

¿Ha tenido su hijo alguna hospitalización? Sí No, cuáles: _____

¿Ha tenido su hijo alguna operación? Sí No, cuáles: _____

¿Ha tenido su hijo algún accidente? Sí No, cuáles: _____

¿Ha recibido su hijo algún tratamiento médico especial para alguna afección médica? Sí

No

Place Label Here or
_____ <i>Last Name, First Name</i>
<i>Med Rec #</i> _____ <i>or</i>
<i>Date of Birth</i> _____

0-Madre 1-Padre 2-Hermanos/as 3-Abuelos/as 4- Familia extendida

¿Asiste su hijo a la guardería? Sí No ¿Tiene *babysitter*? Sí No

Calidad de las relaciones de su hijo con otros niños: Deficiente Regular Promedio Excelente

¿Está su hijo contento/feliz? Sí No, explique: _____

¿En qué escuela y grado está su hijo? _____

¿Cómo es el rendimiento escolar de su hijo? Deficiente Regular Promedio Excelente

¿Tiene su hijo un plan “IEP” (Prog. Educ. Individualizado)? Sí No ¿O un plan 504? Sí
No

Si contestó que sí, provea detalles: _____

No. horas de TV cada noche: _____ de computadora/noche: _____ de videojuegos/noche: _____

Si su hijo juega videojuegos, ¿de qué tipo? _____

¿Cómo pasa su hijo el tiempo libre? Por favor explique: _____

Nivel de energía del niño: Bajo Promedio Alto

Actividad física en la casa: _____ ¿Están involucrados los padres? Sí
No

¿Educación física en la escuela? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Horas por semana que hace deportes organizados después de la escuela: _____

Nivel de educación más alto de la madre: **FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO**
 0-Escuela secundaria
 1-Equivalencia de diploma de secundaria -GED
 2-Parte de la universidad
 3-Título universitario
 4-Título de postgrado

Ocupación de la madre: _____ y No. de horas de trabajo por semana: _____

Nivel de educación más alto del padre: **FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO**
 0-Escuela secundaria
 1-Equivalencia de diploma de secundaria -GED
 2-Parte de la universidad
 3-Título universitario
 4-Título de postgrado

Ocupación del padre: _____ y No. de horas de trabajo por semana: _____

Horario de trabajo de la persona que principalmente cuida al niño: **ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**
 0-Fines de semana
 1-Días de semana

- 2- Días
- 3-Noches

Place Label Here
or

Last Name, First Name

Med Rec # _____ *or*

Date of Birth _____

Cualquier cambio significativo en la familia en los pasados 6 meses:

¿Hay alguien involucrado en la vida del niño que podría no apoyar la pérdida de peso? Sí No
Si lo hay, ¿qué relación tiene con su hijo? _____

DESARROLLO: ¿A QUÉ EDAD HIZO SU HIJO LO SIGUIENTE?

- 0-Sentarse: _____
- 1-Caminar: _____
- 2-Decir su primera palabra: _____
- 3- Acostumbrarse a ir solo al baño: _____

MEDICINAS: Haga favor de listar todas las medicinas usadas en los últimos 3 meses (incluya vitaminas, remedios naturales para la salud, etc.) _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: ¿Tiene su hijo alguno de es estos síntomas?

			Comentarios
Alergia	Sí	No	No

Tendencia a sangrar	Sí	No	_____
Dolores de cabeza	Sí	No	_____
Dolor de cabeza por la mañana	Sí	No	_____
Dificultad respiratoria	Sí	No	_____
Falta de respiración/aire	Sí	No	_____
Respiración con esfuerzo	Sí	No	_____
Asma	Sí	No	_____
Ronquido	Sí	No	Estudio del sueño: _____
Ronquido fuerte	Sí	No	_____
Boca abierta durante el día	Sí	No	_____
Acidez	Sí	No	_____
Dolor abdominal	Sí	No	_____
Estreñimiento	Sí	No	_____
Diarrea	Sí	No	No

Mojar la cama/problemas urinarios	Sí	No	_____
Problemas de las articulaciones	Sí	No	_____
Cansancio por la mañana	Sí	No	_____
Estar con sueño en la escuela	Sí	No	_____
Distraerse fácilmente	Sí	No	_____
Dificultad de organización	Sí	No	_____
Interrumpir las conversaciones	Sí	No	_____
Uso de lentes	Sí	No	_____
Problemas para cumplir instrucciones	Sí	No	_____
Períodos irregulares	Sí	No	_____

Place Label Here or
Last Name, First Name
Med Rec # _____ or
Date of Birth _____

¿Alguna vez ha recibido su hijo tratamiento para las siguientes afecciones?

Def. de atención con hiperactividad	Sí	No	_____
Desorden de desafío opositor	Sí	No	_____
Ansiedad	Sí	No	_____
Depresión	Sí	No	_____
Afecciones de salud mental	Sí	No	Describe: _____
Problemas legales	Sí	No	_____
Problemas de conducta	Sí	No	Describe: _____

¿Ve actualmente a su hijo un profesional de salud mental? (consejero escolar, trabajador social, psicólogo, psiquiatra, etc.) Sí No
 Por favor provea su nombre y las razones por las que recibe terapia: _____

¿Ha visto a su hijo un profesional de salud mental anteriormente? (consejero escolar, trabajador social, psicólogo, psiquiatra, etc.) Sí No

PARA QUE CONTESTE **EL NIÑO**: ¿Quieres bajar de peso? Sí No

DIARIO DE EJERCICIO:

Por favor lleva la cuenta de tus actividades diarias por un día. Si no hiciste ningún ejercicio ni mandados, marca la casilla de abajo con el fin de reconocer que no hiciste ninguna actividad durante ese tiempo.

Fecha	Ejercicio/Mandados	Minutos/Pasos

No hice ninguna actividad física/mandados durante este día.

Place Label Here
or

Last Name, First Name

Med Rec # _____ or

Date of Birth _____

REGISTRO DE INGESTA ALIMENTICIA

(debe completarse este registro antes de enviar el formulario)

Fecha de registro: _____

Instrucciones: Anote todo lo que come su hijo (incluyendo salsas/purés y bebidas) **durante un día**. Para resultados más exactos, registre la información todas las veces que coma o beba algo.

Hora del día	Descripción de la comida o bebida	Cantidad que comió	Lugar en que comió	Cómo me siento