



# Hospital Pediátrico Mt. Washington

## Programa *Weigh Smart Jr.*

F

### Formulario de información para pacientes nuevos

1708 West Rogers Avenue ♦ Baltimore, Maryland 21209-4596

(410) 578-5343 ♦ FAX: (410)578-2654

Label
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

3 – Asiático

1 – Afroamericano

4 – Otro \_\_\_\_\_

2 – Hispano

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo estuvo hospitalizado? \_\_\_\_\_

Si fue prematuro, ¿cuántas semanas adelantado nació el niño? \_\_\_\_\_

Problemas durante el embarazo: Sí No Describa: \_\_\_\_\_

Problemas durante el parto: Sí No Describa: \_\_\_\_\_

Problemas en el primer mes: Sí No Describa: \_\_\_\_\_

#### **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? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de problemas de alimentación? Sí No, Si contestó que sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_





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

¿Ha recibido su hijo algún tratamiento médico especial para alguna afección médica? **Sí** **No**  
 Si contestó que sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**VACUNAS Y ALERGIAS:**

¿Están al día sus vacunas? **Sí** **No**  
 Alergias a comidas: **Sí** **No** Si contestó que sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
 Alergias a medicinas: **Sí** **No** Si contestó que sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

¿Con quién vive su hijo en la casa? \_\_\_\_\_

Padres biológicos:

Madre: Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ Máximo que ha pesado: \_\_\_\_\_

Padre: Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ Máximo que ha pesado: \_\_\_\_\_

Hermanos/as:	Edad	Estatura	Peso	Género
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F
Carnal – Medio – Hemanastro/a	_____	_____	_____	M F

***Encierre en círculo si existe historia familiar de: (Nota: Incluyendo a la familia extendida: abuelos, tías, tíos, primos...)***

Diabetes	Enfermedad hepática	Def. de atenc. c/hiperactividad
Úlcera péptica	Estreñimiento	Ansiedad
Vesícula	Hipertensión	Cirugía para obesidad
Pancreatitis	Enfermedad cardíaca	Trastornos de alimentación
Artritis	Enfermedad renal	Convulsiones
Derrame cerebral	Obesidad	Depresión
Infertilidad	Esquizofrenia	Problemas de aprendizaje
Problemas de tiroides	Trastorno de personalidad	Otro: _____
Reflujo	Retardo mental	
	Cáncer	

**HISTORIA SOCIAL:**

Estado civil de la persona que lo cuida: FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 0 – Casado/a     | 3 – Soltero/a |
| 1 – Divorciado/a | 4 – Viudo/a   |
| 2 – Separado/a   |               |

¿Quién vive en casa con su hijo? **ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

- |                       |           |                 |                |
|-----------------------|-----------|-----------------|----------------|
| 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**

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

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

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

¿A qué escuela/guardería asiste su hijo? \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

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

¿Hay problemas de conducta en la escuela o guardería? Si contestó que sí, comente: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un "IEP" (Prog. Educ. Individualizado) o un plan 504 o un servicio de intervención temprana? 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: Sí No, Explique: \_\_\_\_\_

¿Están involucrados los padres? Sí No

¿Educación física en la escuela o grupo de juego? Sí No Si contestó que sí, con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Nivel de educación más alto de la madre: FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0 – Escuela secundaria                         | 3 – Título universitario |
| 1 – Equivalencia de diploma de secundaria -GED | 4 – Título de postgrado  |
| 2 – Parte de la universidad                    |                          |

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_ No. de horas de trabajo por semana: \_\_\_\_\_

Nivel de educación más alto del padre: FAVOR ENCERRAR EN UN CÍRCULO

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0 – Escuela secundaria                         | 3 – Título universitario |
| 1 – Equivalencia de diploma de secundaria -GED | 4 – Título de postgrado  |
| 2 – Parte de la universidad                    |                          |

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_ 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 | 2 – Días   |
| 1 – Días de semana  | 3 – Noches |

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? \_\_\_\_\_



*Label*

---

*Last Name,                      First Name*

*Med Rec. # \_\_\_\_\_ or*

*Date of*

*Birth*

**DIARIO DE EJERCICIO:**

**Por favor lleve la cuenta de las actividades diarias de su hijo/a por un día. Si él o ella no hizo ejercicio, no jugó ni hizo mandados, marque la casilla de abajo con el fin de reconocer que no se hizo ninguna actividad durante ese tiempo.**

Fecha	Ejercicio/Mandados/Juego activo	Minutos

**El/ella no hizo actividad física/no jugó ni hizo mandados durante este día.**

**REGISTRO DE INGESTA ALIMENTICIA**

(debe completarse este registro antes de enviar de regreso 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/bebida	Cantidad que comió	Lugar en que comió