



**GASTROENTEROLOGÍA  
PEDIÁTRICA  
CUESTIONARIO PARA PADRES**

Agradecemos conteste las siguientes preguntas mientras espera al médico. Utilice el reverso de esta hoja para escribir sus respuestas si necesita más espacio.

Nombre del médico de cabecera del niño: \_\_\_\_\_

Otros médicos que consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos (anote las dosis de vitaminas, Tylenol, tratamientos respiratorios, oxígeno y cremas):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño todas las vacunas al día? \_\_\_\_\_

Motivo principal de la consulta de hoy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué come y bebe el niño en un día regular? Anote las cantidades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hospitalizaciones (anote la fecha y el motivo de todas las hospitalizaciones): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anote todas las enfermedades previas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accidentes y fracturas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Peso actual del niño: \_\_\_\_\_ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Anote quiénes viven en casa (madre, hermana, etc., y la relación con el paciente), incluya la edad de los hermanos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anote las enfermedades que padecen los familiares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**CUESTIONARIO PARA PADRES**

**Gastrointestinal/Hígado:**

¿Qué trastornos tuvo el niño?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida inexplicable de peso                     | <input type="checkbox"/> Sangre en la materia fecal         |
| <input type="checkbox"/> Aumento excesivo de peso                         | <input type="checkbox"/> Materia fecal negra o alquitranada |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para aumentar de peso                 | <input type="checkbox"/> Alteraciones del apetito           |
| <input type="checkbox"/> Diarrea  | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar             |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento                                    | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor rectal                                     | <input type="checkbox"/> Se atragantamiento al comer        |
| <input type="checkbox"/> Vómitos o náuseas                                | <input type="checkbox"/> Cólicos                            |
| <input type="checkbox"/> Ictericia (ojos y piel amarillos)                | <input type="checkbox"/> Materia fecal grasa o aceitosa     |
| <input type="checkbox"/> Piedras en la vesícula                           | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                       |
| <input type="checkbox"/> Hacerse encima (defecar)(siendo mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado              |
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias con síntomas digestivos    | <input type="checkbox"/> Úlceras                            |
| <input type="checkbox"/> Si hay dolor abdominal, ¿dónde le duele?         |   |
| <input type="checkbox"/> Por encima del ombligo:                          | <input type="checkbox"/> Debajo del ombligo:                |
| _____ Costado derecho   | _____ Costado derecho                                       |
| _____ Centro  | _____ Centro  |
| _____ Costado izquierdo   | _____ Costado izquierdo                                     |

Otro: ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Además, ¿qué otros trastornos tuvo el niño?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente                            | <input type="checkbox"/> Infección de oído recurrente |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión                         | <input type="checkbox"/> Neumonía                     |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias, asma                            | <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos             |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica                                  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco               |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial anormal                     | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza              |
| <input type="checkbox"/> Ritmo anormal del corazón                    | <input type="checkbox"/> Falta de sensibilidad        |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                 | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria       |
| <input type="checkbox"/> Infección recurrente del tracto urinario     | <input type="checkbox"/> Temblores                    |
| <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel, manchas de nacimiento | <input type="checkbox"/> Anemia                       |
| <input type="checkbox"/> Moretones frecuentes, tendencia al sangrado  | <input type="checkbox"/> Alergias de temporada        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                        | <input type="checkbox"/> Ansiedad                     |
| <input type="checkbox"/> Dolor o hinchazón articular                  | <input type="checkbox"/> Depresión                    |
| <input type="checkbox"/> Otro: ¿cuál? _____                           |   |

**Antecedentes familiares: ¿Hay familiares con alguno de estos trastornos?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia                                   | <input type="checkbox"/> Artritis                         |
| <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas.            |
| <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo, pérdidas, muerte fetal | <input type="checkbox"/> Cáncer                           |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis                                  | <input type="checkbox"/> Colitis                          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                       | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios          |
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias, enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Trastornos de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón                  | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta           |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado                        | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado            |
| <input type="checkbox"/> Migrañas                                  | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                     |
| <input type="checkbox"/> Depresión o trastornos de la ansiedad     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides        |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa                          | <input type="checkbox"/> Úlceras (péptica o gástrica)     |
| <input type="checkbox"/> Otro: ¿cuál? _____                        |   |

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante con autorización legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Representante con autorización legal, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Practitioner Signature

\_\_\_\_\_  
Date & Time



\_\_\_\_\_  
Printed Name