

## Departamento de Radioterapia Oncológica de St. Joseph Hospital

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Favor de contestar cada pregunta, marcando ya sea "si" o "no".**

### GENERAL

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Ha disminuido el nivel de actividad de su niño?       | ___ | ___ |
| 2. ¿Ha disminuido el apetito o el peso de su niño?        | ___ | ___ |
| 3. ¿Ha tenido su niño problemas para dormir?              | ___ | ___ |
| 4. ¿Es anormal el crecimiento y desarrollo de su niño?    | ___ | ___ |
| 5. ¿Es anormal el habla y el lenguaje de su niño?         | ___ | ___ |
| 6. ¿Ha tenido su niño algún hueso roto?                   | ___ | ___ |
| 7. ¿Ha recibido radiación su niño antes?                  | ___ | ___ |
| 8. ¿Tiene su niño alguna infección/enfermedad infecciosa? | ___ | ___ |

### RESPIRATORIO

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Tiene tos su niño?                            | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene su niño sibilancia o asma?              | ___ | ___ |
| 3. ¿Ha tenido su niño problemas de falta de aire? | ___ | ___ |

### CABEZA/OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA

- |  | NO  | SI  |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Tiene su niño problemas con la visión?             | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene su niño problemas de audición?               | ___ | ___ |
| 3. ¿Tiene su niño dolor de garganta o dolor al tragar? | ___ | ___ |

### CARDIOVASCULAR

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Tiene su niño dolor en el pecho?                            | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene su niño palpitaciones o latido irregular del corazón? | ___ | ___ |
| 3. ¿Tiene su niño un marcapasos?                                | ___ | ___ |
| 4. ¿Tiene su niño alta presión?                                 | ___ | ___ |
| 5. ¿Has tenido su niño algún coágulo de sangre?                 | ___ | ___ |
| 6. ¿Ha tenido su niño un accidente cerebrovascular?             | ___ | ___ |

### HEMATOPOYÉTICO/ENDOCRINO

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿A su niño le salen moretones o sangra fácilmente? | ___ | ___ |
| 2. ¿Ha tenido su niño problemas de anemia?            | ___ | ___ |
| 3. ¿Tiene su niño sed excesiva?                       | ___ | ___ |
| 4. ¿Orina su niño excesivamente?                      | ___ | ___ |
| 5. ¿Tiene su niño diabetes?                           | ___ | ___ |
| 6. ¿Tiene su niño algún problema con la tiroides?     | ___ | ___ |

### HISTORIAL DEL NACIMIENTO

- |  | NO  | SI  |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Nació su niño prematuramente?                        | ___ | ___ |
| 2. ¿Describa cualquier dificultad que haya tenido: _____ |     |     |

### DERMATÓLOGICO

- |  | NO  | SI  |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Tiene su niño sarpullido en la piel?                             | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene su niño acné?  | ___ | ___ |
| 3. ¿Tiene su niño algún lunar o abultamiento preocupante?            | ___ | ___ |
| 4. ¿Tiene su niño lupus, esclerodermia u otra enfermedad autoinmune? | ___ | ___ |

### NEUROLÓGICO

- |  | NO  | SI  |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Ha tenido su niño dolor de cabeza?                   | ___ | ___ |
| 2. ¿Ha sufrido su niño desmayos?                         | ___ | ___ |
| 3. ¿Ha sufrido su niño alguna lesión grave en la cabeza? | ___ | ___ |

### PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Con frecuencia su niño es desafiante o poco cooperativo?                    | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene dificultad su niño para llevarse bien con los demás-niños o maestros? | ___ | ___ |
| 3. ¿Su niño parece estar ansioso o deprimido?                                   | ___ | ___ |

### GASTROINTESTINAL

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Tiene su niño problemas de diarrea?                                     | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene su niño problemas de estreñimiento?                               | ___ | ___ |
| 3. ¿Tiene su niño dolor abdominal?  | ___ | ___ |
| 4. ¿Tiene su niño vómito?   | ___ | ___ |
| 5. ¿Tiene su niño enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad de Crohn? | ___ | ___ |

### GENITOURINARIO

- |   | NO  | SI  |
|---|-----|-----|
| 1. ¿Tiene su niño poco control de la vejiga?                                | ___ | ___ |
| 2. ¿Tiene alguna preocupación con respecto al desarrollo sexual de su niño? | ___ | ___ |

### HISTORIAL SOCIAL

- |  | NO  | SI  |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Asiste su niño a la escuela? ¿Año escolar? _____   | ___ | ___ |
| 2. ¿Está su niño expuesto al humo de cigarrillos?  | ___ | ___ |
| 3. ¿Le preocupa que su niño use tabaco?  | ___ | ___ |
| 4. ¿Le preocupa que su niño use drogas ilícitas?   | ___ | ___ |
| 5. ¿Le preocupa que su niño consuma alcohol?   | ___ | ___ |
| 6. ¿Cómo es el desempeño de su niño en la escuela?: (Marque uno)<br>Arriba del promedio    promedio    debajo del promedio |     |     |

¿Le han hecho a su niño alguna cirugía? Favor de indicar el tipo de cirugías y las fechas en que las hicieron. \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño o alguien de su familia algún problema con la anestesia? \_\_\_\_\_

**Historial familiar:**

Padre: su edad, si está vivo: \_\_\_\_\_ si falleció, edad que tenía al morir: \_\_\_\_\_ causa: \_\_\_\_\_

¿Padecía de cáncer el padre o algún familiar paterno (ej. abuelos, tía, tío)? \_\_\_\_\_

Madre: Su edad, si está viva: \_\_\_\_\_ si falleció, edad que tenía al morir: \_\_\_\_\_ causa: \_\_\_\_\_

¿Padecía de cáncer la madre o algún familiar materno (ej. abuelos, tía, tío)? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene su niño? \_\_\_\_\_ ¿Alguno de ellos padece de cáncer? De ser así, favor de indicar el tipo de cáncer y la edad que tenían cuando les diagnosticaron: \_\_\_\_\_

¿Quiénes viven en la casa con su niño? (indique el parentesco) \_\_\_\_\_

**Dolor:**

¿Tiene dolor su niño? Si No de ser así:

¿Cuándo empezó a tener dolor su niño? \_\_\_\_\_

¿En qué parte del cuerpo tiene dolor su niño? \_\_\_\_\_

Describe el dolor (ej. agudo, sordo, calambre, adolorido, ardor, etc.) \_\_\_\_\_

Cuando tiene el peor dolor ¿qué número le daría al dolor de 0-10? (0 – no dolor, 10 – el dolor más fuerte posible) \_\_\_\_\_

¿Tomas su niño medicamento para el dolor? Si No de ser así, ¿qué toma? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que le empeore el dolor? \_\_\_\_\_ ¿Qué lo mejore? \_\_\_\_\_

**Pacientes femeninas:**

¿Ya empezó a tener periodos menstruales su niña? Si No de ser así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada su niña, o existe alguna posibilidad de que pudiera estar embarazada? Si No

En el pasado, ¿Ha estado embarazada su niña? Si No de ser así ¿Cuántos embarazos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos? \_\_\_\_\_



**Para proteger su privacidad, en caso que necesitemos comunicarnos durante su tratamiento, enumere el orden de preferencia del número (s) al que debemos intentar llamar:**

Tel. #1 \_\_\_\_\_ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Tel. #2 \_\_\_\_\_ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Tel. #3 \_\_\_\_\_ celular casa trabajo

Nombre y relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**Favor de escribir los nombres y los números de teléfono de los médicos que le están atendiendo actualmente:**

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico que le remite: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Oncólogo \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Miembro de la familia o el representante autorizado para recibir información médica:**

\_\_\_\_\_

\*\*Esta persona deberá proporcionar su nombre, fecha de nacimiento y la contraseña indicada por usted para poder recibir cualquier tipo de información por teléfono debido a las leyes de privacidad HIPPA\*\*

**Favor de proporcionar la contraseña que desea utilizar para dar la información:**

\_\_\_\_\_

