

**Endocrinology new patient appointment – Diabetes/high blood sugar****SPANISH**

Le damos la bienvenida a las clínicas pertenecientes a la División de Endocrinología Pediátrica de la Universidad de Kentucky. Por favor ayúdenos a saber más de usted completando este formulario. Si no tiene certeza de cómo responder alguna pregunta, déjela en blanco y la abordaremos más adelante. **Por favor traiga este cuestionario a su primera cita.**

**Nombre completo del niño(a):** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Nombre y dirección del proveedor que refirió a su hijo(a) a nuestra clínica:

Médico primario (si es diferente al proveedor antes mencionado): \_\_\_\_\_

**Razón por la cual ha sido referido(a) a la Clínica de Endocrinología:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO**

**Alergias** (Por favor mencione todas las alergias que tenga al medio ambiente, alimentos o a medicamentos):

¿Qué tipo de diabetes tiene su hijo(a)? \_\_\_\_\_ Edad en que se diagnosticó: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a participado en una clase de educación sobre la diabetes?  Si  No

Si lo ha hecho, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Quién asistió? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido su niño(a) de?:  Asma  Varicela  Trauma Craneal  Convulsiones

¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a)?  Si  No

Si es así por favor mencione la fecha, el hospital y la razón por la cual fue ingresado(a): \_\_\_\_\_

¿Le han hecho cirugía alguna vez?  Si  No

Si le han operado, por favor mencione la fecha, el hospital y la razón por la cual fue operado(a): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema médico adicional en el pasado?  Si  No

Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Tiene sus vacunas al día?  Si  No  No estoy seguro(a)

**HISTORIA DEL PARTO**

Nació su bebé  A Término  Prematuro  Después de la fecha de parto

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Estatura al nacer: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema durante el embarazo, labor de parto o el parto como tal?  Si  No

Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Tuvo que quedarse el bebé en el hospital después del parto debido a algún problema?

¿Durante los primeros meses de vida, tuvo algún problema con su alimentación o su crecimiento?

**HISTORIA SOCIAL y DESARROLLO FÍSICO MOTOR**

¿En qué grado está su niño(a)? \_\_\_\_\_ ¿Nombre de la escuela? \_\_\_\_\_ ¿Condado? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su desempeño docente? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha faltado a la escuela durante este curso escolar? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna preocupación especial o presenta problemas relacionados con la escuela? \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Por favor provea la siguiente información acerca de los *familiares inmediatos* de su hijo(a):

Familiar:	Edad	Estatura	Peso	Problemas importantes de salud
Hermanos:				
Hermanas:				
Madre:				
Abuela Materna:				
Abuelo Materno:				
Padre:				
Abuela Paterna:				
Abuelo Paterno:				

¿Alguien en su familia padece de las siguientes enfermedades (incluyendo abuelos y tíos)?

Diabetes  No  Si (Parentesco) \_\_\_\_\_

Problemas de la Tiroides  No  Si (Parentesco) \_\_\_\_\_

Problemas de Crecimiento  No  Si (Parentesco) \_\_\_\_\_

Por favor mencione si algún tipo de enfermedad es común en su familia: \_\_\_\_\_

¿Existen algunos otros problemas hormonales en su familia (problemas con el calcio, las glándulas paratiroides, cálculos renales, etc.)? Si es así por favor menciónelos: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO**

Por favor prepárese para hablar con el educador de diabetes acerca de la insulina y los suministros que necesita su hijo(a)

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Recetada por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HIPOGLICEMIA (niveles bajos de azúcar)**

- ¿Usa su hijo(a) una identificación de alerta?  Si  No
- ¿Siempre tiene algo consigo (caramelos, dulces, etc.) en caso de que le baje el azúcar?  
 Todo el tiempo  Usualmente  Raramente  Nunca
- ¿Qué síntomas padece su hijo(a) usualmente cuando le bajan los niveles de azúcar?

- ¿Ha tenido su niño(a) convulsiones o ha perdido el conocimiento debido a un bajón de azúcar?  
 Si  No
- ¿Tiene Glucagón en la casa?  Si  No
- ¿Quién sabe cómo usarlo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo y cómo usaría usted el Glucagón? \_\_\_\_\_

¿Aproximadamente cuántas veces ha tenido que usar el Glucagón con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

**HIPERGLICEMIA (niveles altos de azúcar)**

- ¿Usted sabe qué cosa es Cetoacidosis Diabética (DKA)?  Si  No
- ¿Ha tenido que llevar a su hijo(a) al sala de emergencia o ha sido ingresado(a) debido a elevados niveles de azúcar en sangre o DKA?  
 Si  No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES FÍSICAS**

- ¿Hace ejercicios su hijo(a) regularmente (20 minutos al día, 3 veces por semana)?  Si  No
- ¿Participa su niño(a) en actividades extraescolares o deportivas?  Si  No
- Si es así, explique qué tipo de actividad, la frecuencia con que practica, y cuál es su duración:

**COMPLICACIONES**

- ¿Consumo su hijo(a) tabaco (fuma)?  Si  No  No se  
 Si es así: ¿Cajetillas al día? \_\_\_\_\_ Años que lleva fumando \_\_\_\_\_
- ¿Consumo su hijo(a) alcohol?  Si  No  No se  
 Si es así: ¿Cuánto toma? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Visita al dentista regularmente?  Si  No

¿Padece su niño(a) de alguna de las siguientes complicaciones? Marque todas las que tenga.

- Cardiovascular:  Hipertensión (Presión alta)  
 Derrame
- Ojos:  Retinopatía Fecha del último examen: \_\_\_\_\_  
 Glaucoma  
 Cataratas
- Renal (Riñones):  Microalbuminuria Fecha del último examen de orina de 24 horas: \_\_\_\_\_  
 Presencia de Proteína en la Orina  
 Fallo Renal
- Neuropatía:  Tracto Digestivo  Problemas en los pies:  Dolor  Úlceras  
 Uñas enterradas (Uñeros)  Callos

**VIVIENDO CON DIABETES**

¿Qué parte del cuidado de la diabetes realiza su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué parte del cuidado de la diabetes le resultan más difíciles a usted y a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿De qué modo interfiere la diabetes con su ritmo de vida diario? \_\_\_\_\_

### LISTA DE CONTROL DE SÍNTOMAS DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

El propósito de esta lista de control es ayudarnos a identificar síntomas importantes que se relacionan con el estado de salud general y el bienestar de su hijo(a). En nuestra clínica, abordaremos los asuntos que puedan afectar el crecimiento, la pubertad y el sistema endocrino de su hijo(a).

#### ¿PADECE SU HIJO(A) EN ESTOS MOMENTOS DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

	SÍ	NO	COMENTARIOS
Problemas visuales o en los ojos			
Problemas auditivos o en los oídos			
Dolores de cabeza frecuentes			
Mareos o pérdida de balance frecuentes			
Debilidad			
Fatiga en aumento			
Falta de aire			
Frecuencia cardíaca rápida			
Dolores de estómago frecuentes			
Vómitos frecuentes			
Diarreas frecuentes			
Estreñimiento frecuente			
Presencia de sangre en la orina o heces fecales			
Cambios en el apetito			
Sed excesiva			
Orina excesiva o aumentando en frecuencia			
Orina frecuente durante la noche			
Se orina en la cama			
Infecciones urinarias			
Pubertad temprana o tardía			
Periodos irregulares			
Secreciones vaginales			
Dolores musculares o en las articulaciones			
Salpullido, urticaria (comezón) o moretones en la piel			
Historial de fracturas óseas			
Alergias a medicamentos o alimentos			
Cambios en el desempeño escolar- mejor o peor			
Cambios en el estado anímico o el comportamiento			
Cambios en el horario del sueño			
Estrés o preocupaciones recientes en la escuela o el hogar			

¿Cuándo fue la última vez que su pediatra o médico de familia le hizo un chequeo general? \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_