

Historia de sueño de paciente pediátrico

Pediatric Sleep History

Nombre del paciente (Patient Name): _____ **Nombre preferido** (Preferred Name): _____

Fecha de nacimiento (Date of Birth): _____ **Fecha de la cita** (Date of Appointment): _____

Fecha en que se completó este formulario (Date this form completed): _____

Dirección (Address): _____

Teléfono de casa (Home Phone): _____ **Teléfono celular** (Cell Phone): _____ **Otro teléfono** (Other Phone): _____

Nombre y dirección del proveedor que remite (Referring Provider Name and Address): _____

Nombre y dirección del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider Name and Address): _____

Persona que completó el formulario (Person Completing this form): _____

Relación con el paciente (Relationship to patient): _____

¿Se hizo su hijo un estudio del sueño antes? **SÍ** (Yes) **NO** (No)
(Has your child had a sleep study before?)

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde y hace cuánto? _____
(If so, where and when?)

Tiene o usa en la noche (Do you have or use at night):

- Oxígeno - litros por minuto (Oxygen- Liters per minute): _____
- ¿24/7?
- ¿Solo para usar en la noche? (Night use only?)
- CPAP
- BiPAP
- ASV/Otro (ASV/Other)
- Protector dental (Bite guard)

Proveedor que receta (Prescriber): _____

Compañía de equipos médicos duraderos (DME): _____
(Durable Medical Company (DME)):

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS PARA AYUDARNOS A ENTENDER LOS PROBLEMAS DE SUEÑO DE SU HIJO (Please answer these questions to help us understand your child's sleep)

¿Cuáles son sus preocupaciones sobre el sueño de su hijo? (What are your concerns about your child's sleep?) _____

¿A qué edad comenzaron los problemas de sueño? (At what age did sleep problems begin?) _____

Explique cómo ha cambiado el problema con el tiempo (Describe how the problem has changed over time): _____

¿Cómo ha intentado tratar los problemas de sueño de su hijo? (What have you tried to help your child's sleep problems?) _____

HISTORIA DE SUEÑO (Sleep history)

Hora a la que su hijo se acuesta normalmente los DÍAS DE SEMANA o los DÍAS DE ESCUELA:

(Bedtimes on typical WEEKDAYS or SCHOOL DAYS)

Mi hijo se acuesta a las _____ p. m. a. m.
(My child's bedtime is) (PM) (AM)

Mi hijo tarda _____ minutos (min) horas en dormirse
dormirse

(It takes my child _____ hours to fall asleep)

Mi hijo se despierta a las _____ p. m. a. m.
(child's wake up time is) (PM) (AM)

Hora a la que su hijo se acuesta normalmente los FINES DE SEMANA o los DÍAS LIBRES:

(Bedtimes on typical WEEKENDS or DAYS OFF)

Mi hijo se acuesta a las _____ p. m. a. m.
(My child's bedtime is) (PM) (AM)

Mi hijo tarda _____ minutos (min) horas en

(It takes my child _____ hours to fall asleep)

Mi hijo se despierta a las _____ p. m. a. m.
(My child's wake up time is) (PM) (PM)

¿Su hijo se despierta durante la noche? SÍ (Yes) NO (No)

(Does your child awaken during the night?)

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuántas veces? _____

(If YES, how many times?) _

Si se despierta durante la noche, ¿tiene su hijo problemas para volver a dormirse? SÍ (Yes) NO (No)

(If awakening at night, does the child have trouble returning to sleep?)

¿Le cuesta a su hijo despertarse por la mañana? SÍ (Yes) NO (No)

(Is your child difficult to awaken in the morning?)

¿Se siente somnoliento su hijo durante el día? SÍ (Yes) NO (No)

(Is your child too sleepy during the day?)

¿Duerme siestas su hijo durante el día? SÍ (Yes) NO (No)

(Do your child take naps during the day?)

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuántas siestas por día? _____

(If YES, how many naps per day?)

¿Cuánto duran las siestas? _____ minutos (minutes) _____ horas (hours)

(How long are the naps?)

HÁBITOS A LA HORA DE DORMIR (Bedtime habits)

¿Tiene su hijo una rutina a la hora de dormir? SÍ (Yes) NO (No)

(Does your child have a bedtime routine?)

Si la respuesta es “SÍ”, marque las actividades que correspondan:

(If YES, mark which activities apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesita su juguete favorito para dormirse.
(Favorite toy nearby to fall asleep) | <input type="checkbox"/> Se baña o se ducha.
(Bath or shower) |
| <input type="checkbox"/> Ve televisión o videos para dormirse.
(Watches TV or video to fall asleep) | <input type="checkbox"/> Reza.
(Prayer) |
| <input type="checkbox"/> Juega con la computadora portátil o la tablet.
(Plays on laptop or tablet) | <input type="checkbox"/> Necesita que haya otra persona en la habitación.
(Needs someone else in the room) |
| <input type="checkbox"/> Necesita comer para dormirse.
(Needs to be fed to fall asleep) | <input type="checkbox"/> Solo puede dormirse en la cama de los padres.
(Can only fall asleep in your bed) |
| <input type="checkbox"/> Necesita que lo mezan para dormirse.
(Needs to be rocked to sleep) | <input type="checkbox"/> Envía mensajes de texto o habla por teléfono.
(Texts or talks on smart phone) |
| <input type="checkbox"/> Juega a los videojuegos.
(Plays video games) | <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____
(Other (please describe)) |
| <input type="checkbox"/> Escucha música.
(Listens to music) | |
| <input type="checkbox"/> Necesita leer o que le lean un cuento.
(Read a story) | |

¿Cuánto dura el ritual antes de acostarse? ____ minutos (minutes) ____ horas (hours)

(How long does the bedtime ritual take?)

ENTORNO DE LA HABITACIÓN (Bedroom environment)

MARQUE LAS OPCIONES QUE SE APLIQUEN A SU HIJO (Check which of the following apply to your child):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Duerme solo.
(Sleeps alone) | <input type="checkbox"/> Va a la cama de los padres en la noche.
(Child comes to your bed at night) |
| <input type="checkbox"/> Duerme con los padres.
(Sleeps with parent(s)) | <input type="checkbox"/> Duerme con mascotas.
(Pet(s) sleep with the child) |
| <input type="checkbox"/> Se duerme en la cama de los padres.
(Child falls asleep your bed) | <input type="checkbox"/> Ve televisión en la habitación.
(Television in bedroom) |
| <input type="checkbox"/> Comparte la habitación con otra persona. (Si la respuesta es Sí, ¿con quién? _____).
(Child shares bedroom with someone else (If YES: Whom?)) | <input type="checkbox"/> Tiene computadora, computadora portátil o tablet en la habitación.
(Computer/laptop/tablet in bedroom) |
| | <input type="checkbox"/> Usa el teléfono celular en la habitación.
(Cellphone or smart phone in bedroom) |
| | <input type="checkbox"/> Tiene consola de videojuegos en la habitación.
(Video game player in bedroom) |

MARQUE LA CASILLA DE “SÍ” O “NO” PARA CADA PREGUNTA

(Check the box to answer ‘YES’ or ‘NO’ for each question):

¿Toma su hijo bebidas con cafeína? SÍ (Yes) NO (No)

(Does your child drink any beverages containing caffeine?)

Si la respuesta es “SÍ”, ¿cuáles (café, té, sodas con cafeína) y con qué frecuencia? _____

(If yes, what and how often (coffee, tea, caffeinated soda))

¿Qué tipo de actividad física o ejercicio hace su hijo? _____

(What does your child do for physical activity or exercise?)

¿Bebe o come su hijo 2 horas antes de dormir? SÍ (Yes) NO (No)

(Does your child drink or eat within 2 hours of bedtime?)

Si la respuesta es “SÍ”, ¿qué bebe o come? _____

(If YES, what)

¿Se levanta su hijo para comer a mitad de la noche? SÍ (Yes) NO (No)

(Does your child get up to eat in the middle of the night?)

CALIFIQUE QUÉ TAN SOMNOLIENTO SE SIENTE SU HIJO DURANTE EL DÍA.

(Rate how sleepy your child or adolescent feels during the day)

Estos puntos le preguntan qué tan probable es que su hijo DORMITE o SE SIENTA SOMNOLIENTO (no solo cansado o fatigado) en las siguientes situaciones.

(These questions ask how likely your child is to DOZE OFF or FEEL SLEEPY (not just feeling tired or fatigued) in the following situations.)

Esto se refiere a qué tan somnoliento se sintió su hijo **en las últimas 2 SEMANAS**. Si su hijo no estuvo en estas situaciones recientemente, intente IMAGINAR qué tan somnoliento se sentiría en estas situaciones. Usando la siguiente escala, escriba una "X" al lado del número más adecuado para cada situación:

(This refers to how sleepy your child felt within the last 2 WEEKS. If your child has not been in any of these situations recently, try to IMAGINE how sleepy you feel your child would feel in these situations. Use the following scale to mark and "X" next to the most appropriate number in each situation)

0 = Mi hijo NUNCA dormitaría.

(0 = My child would NEVER doze off)

1 = Es POCO PROBABLE que mi hijo dormite (aproximadamente el 10 % de las veces).

(1 = My child would have a SMALL CHANCE of dozing off (about 10% of the time))

2 = Es PROBABLE que mi hijo dormite (aproximadamente la mitad de las veces).

(2 = My child would have a MEDIUM CHANCE of dozing off (about half of the time))

3 = Es MUY PROBABLE que mi hijo dormite (casi todas las veces).

(3 = My child would have a HIGH CHANCE of dozing off (almost every time))

Probabilidad de dormitar (Chance of Dozing)

- 0 1 2 3 Sentado y leyendo
(Sitting and reading)
- 0 1 2 3 Sentado y viendo televisión o videos
(Sitting and watching TV or video)
- 0 1 2 3 Sentado en el aula de la escuela durante la mañana
(Sitting in classroom at school during the morning)
- 0 1 2 3 Sentado y andando en un auto o autobús durante aproximadamente media hora
(Sitting and riding in a car or bus for about a half hour)
- 0 1 2 3 Recostado para descansar o dormir la siesta en la tarde
(Lying down to rest or nap in the afternoon)
- 0 1 2 3 Sentado y hablando con alguien
(Sitting and talking to someone)
- 0 1 2 3 Sentado en silencio después del almuerzo
(Sitting quietly by yourself after lunch)
- 0 1 2 3 Sentado y comiendo
(Sitting and eating a meal)

HISTORIA DE NACIMIENTO (Birth history)

Mi hijo nació (My child was born) a término (Full term) prematuro (Premature)

¿Cuánto pesó al nacer? _____ lb _____ oz

(Birth weight?)

¿Hubo complicaciones en el embarazo, el trabajo de parto o el nacimiento?

(Was the pregnancy, labor, or birth complicated?)

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

(IF YES, please describe)

¿CUÁL DE ESTAS CONDICIONES TIENE SU HIJO? (MARQUE LA CASILLA SI LA RESPUESTA ES SÍ):

(Which of the following does your child have (check the box if yes))

- Ronquidos**
(Snoring)
- Episodios en los que se despierta respirando con dificultad o ahogándose**
(Wakes from sleep gasping for breath or choking)
- Pausas en la respiración durante el sueño**
(Stops breathing during sleep)
- Sudor excesivo al dormir**
(Sweats excessively when sleeping)
- Jadeos o resoplidos durante el sueño**
(Gasps or snorts when sleeping)
- Rechina los dientes cuando duerme**
(Grinds teeth when sleeping)
- Boca seca o dolor de garganta al despertarse**
(Wakes up with a dry mouth or sore throat)
- Dificultad o esfuerzo para respirar durante el sueño**
(Struggles or works to breathe during sleep)
- Incapacidad para dormir boca arriba**
(Cannot sleep on his/her back)
- Posiciones extrañas para dormir**
(Strange sleeping positions)
- Dificultad para dormirse porque tiene congestión nasal**
(Difficulty falling asleep due to nasal stuffiness)
- Falta de aire o tos que empeora en la noche**
(Shortness of breath or coughing that is worse at night)
- Dificultad para dormirse porque siente dolor**
(Difficulty falling asleep due to pain)
- Preferencia por dormir con los padres**
(Prefers to sleep with parents)
- Rechazo a ir a dormir**
(Refuses to go to bed)
- Excusas frecuentes para salir de la cama en la noche**
(Frequently makes excuses to get out of bed at night)
- Problemas para aprender porque tiene demasiada somnolencia**
(Problems learning because too sleepy)
- Miedo a dormir, a la habitación o a la oscuridad**
(Problems learning because too sleepy)
- Habla dormido**
(Sleep talking)
- Tiene sueño inquieto**
(Restless sleep)
- Rechina los dientes mientras duerme**
(Grinds teeth while sleeping)
- Incapacidad de dejar las piernas quietas al intentar dormirse**
(Cannot keep legs still when trying to fall asleep)
- Moja la cama mientras duerme**
(Wets bed while sleeping)
- Tiene pesadillas con frecuencia.**
(Frequent nightmares)
- Confusión o desorientación al despertarse**
(Wakes up confused and disoriented)
- Sonambulismo**
(Sleep walking)
- Actúa los sueños**
(Acts out dreams)
- Dolor de estómago o sabor ácido al despertarse**
(Wakes up with stomach pain or acid taste)
- Dolor de cabeza frecuente al despertarse**
(Frequent headache when awakens)
- Dificultad para dormirse por depresión, ansiedad o preocupación**
(Trouble falling asleep due to depression, anxiety, worry)
- Convulsiones mientras duerme**
(Has seizures while sleeping)
- Dolores de crecimiento**
(Growing pains)
- Claustrofobia**
(Claustrophobia)
- Ataques de ira o hiperactividad por somnolencia**
(Anger or hyperactive outbursts due to sleepiness)
- Se le aflojan las piernas cuando se ríe o llora**
(Legs give out when laughing or emotional)
- Se duerme de repente o en lugares extraños**
(Falls asleep without warning or in odd places)

HISTORIA ACADÉMICA Y DE DESARROLLO (Developmental and academic history)

Edad a la que su hijo empezó a (At what age did your child?):

Caminar (Walk?): _____ años (years) meses (months)

hablar (Patient): _____ años (years) meses (months)

¿Cómo fueron las calificaciones de su hijo EL AÑO PASADO?

(How were your child's grades LAST YEAR?)

Excelentes (Excellent) Buenas (Good) Promedio (Average) Deficientes (Poor)

¿Tiene su hijo PROBLEMAS DE CONDUCTA? SÍ (YES) NO (NO)

(Does your child have BEHAVIOR PROBLEMS?)

¿Ha LLEGADO TARDE A LA ESCUELA su hijo porque le resulta difícil despertarse por la mañana? SÍ (YES) NO (NO)

(Has your child been LATE TO SCHOOL because of difficulty awakening in the morning?)

¿Han reportado los MAESTROS de su hijo de alguno de estos problemas?

(Have your child's TEACHER(S) reported any of the following?)

Somnolencia excesiva
(Too sleepy)

Ataques de ira
(Outbursts of anger)

Tristeza o melancolía
(Sad/Blue mood)

Dormirse en clase
(Falls asleep/naps in class)

Sueños diurnos
(Daydreams)

Conducta problemática en clase
(Disruptive in class)

Calificaciones bajas
(Grades are falling)

Conducta agresiva
(Aggressive behavior)

Intervalo de atención breve
(Short attention span)

Episodios de ausencia
(Stares into space)

Incumplimiento de instrucciones
(Does not follow instructions)

Ataques de hiperactividad
(Outbursts of hyperactivity)

Otros:

(Other) _____

¿Tiene ALERGIAS su hijo?

(Does your child have Allergies?)

Si la respuesta es "SÍ", ¿a qué? _____

(If yes, to what?)

Su hijo tiene (Does your child have a):

Alergia al látex (Latex allergy)

Alergia a la cinta adhesiva (Tape allergy)

Alergias a comidas (Food allergies)

Otras alergias o sensibilidades (explique)

(Other allergies or sensitivities (please describe)): _____

¿Qué medicamentos toma su hijo? (Horarios y dosis, si los sabe)

(What medications does your child take (times and dosages if you know it)): _____

HISTORIA MÉDICA (Past medical history)

¿Tiene o Tuvo su hijo algunas de las siguientes condiciones? Marque todas las opciones que correspondan.
(Does your child have now or in the past any of the following. Check all that apply.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reflujo de ácido (GERD)
(Acid reflux (GERD)) | <input type="checkbox"/> Tubos para los oídos
(Ear tubes) | <input type="checkbox"/> Anteojos o necesidad de usarlos
(Needs/Has glasses) |
| <input type="checkbox"/> ADHD o ADD
(ADHD or ADD) | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales
(Environmental allergies) | <input type="checkbox"/> Sobrepeso
(Overweight) |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de las adenoides
(Adenoids removed) | <input type="checkbox"/> Desmayo
(Fainting) | <input type="checkbox"/> Neumonía
(Pneumonia) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad
(Anxiety) | <input type="checkbox"/> Convulsión febril
(Febrile seizure) | <input type="checkbox"/> Problemas de nacimiento
(Problems at birth) |
| <input type="checkbox"/> Asma
(Asthma) | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes
(Frequent ear infections) | <input type="checkbox"/> Falta de apetito
(Poor appetite) |
| <input type="checkbox"/> Moja la cama
(Bedwetting) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
(Headaches) | <input type="checkbox"/> Selectividad con la comida
(Picky eater) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta
(Behavior problems) | <input type="checkbox"/> Problemas de audición
(Hearing problems) | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales
(Seasonal allergies) |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro
(Born premature) | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
(Heart murmur) | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
(Seizure disorder) |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral
(Brain injury) | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
(Heart problems) | <input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales
(Sinus problems) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer
(Cancer) | <input type="checkbox"/> Operación del corazón
(Heart surgery) | <input type="checkbox"/> Crecimiento lento
(Slow growth) |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico
(Chronic pain) | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza
(Head injury) | <input type="checkbox"/> Problemas del habla
(Speech problems) |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística
(Cystic Fibrosis) | <input type="checkbox"/> Presión alta
(High blood pressure) | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
(Thyroid problems) |
| <input type="checkbox"/> Depresión
(Depression) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto
(High cholesterol) | <input type="checkbox"/> Operación de amígdalas
(Tonsillectomy) |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo
(Developmental delay) | <input type="checkbox"/> Lesión en la nariz
(Injury to nose) | <input type="checkbox"/> Peso insuficiente
(Underweight) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
(Diabetes) | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones
(Kidney problems) | <input type="checkbox"/> Uso de oxígeno
(Uses oxygen) |

Indique o explique CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO que no se haya mencionado arriba (Please list or describe ANY OTHER MEDICAL PROBLEMS not mentioned above): _____

HISTORIA SOCIAL

¿Con quién vive su hijo? _____
(Who lives with the child?)

¿Hay fumadores en la casa? SÍ (YES) NO (NO)
(Are there any smokers at home?)

¿Tiene alguna de las personas que vive en la casa problemas con las drogas o el alcohol? SÍ (YES) NO (NO)
(Is there anyone in the home who has a problem with drugs or alcohol?)

¿Hay mascotas en la familia? SÍ (YES) NO (NO)
(Does the family have any pets?)

¿Cuántas horas pasa su hijo viendo televisión al día? _____ horas (hrs)
(How many hours of tv does your child watch a day?)

¿Cuántas horas pasa su hijo viendo televisión a la semana? _____ Horas (hrs)
(How many hours of tv does your child watch in a week?)

HISTORIA SOCIAL-CONTINUACION (Social history-continuation)

¿Cuántas horas pasa su hijo jugando a los videojuegos al día? _____ Horas (hrs)

(How many hours of video games does your child play a day?)

¿Cuántas horas pasa su hijo jugando a los videojuegos a la semana? _____ Horas (hrs)

(How many hours of video games does your child play in a week?)

¿Cuántas horas pasa su hijo frente a la computadora o la tablet al día? _____ horas (hrs)

(How many hours does your child spend on the computer or tablet a day?)

¿Cuántas horas pasa su hijo frente a la computadora o la tablet a la semana? _____ Horas (hrs)

(How many hours does your child spend on the computer or tablet in a week?)

¿Cuántas horas pasa su hijo con el teléfono celular al día? _____ Horas (hrs)

(How many hours does your child spend on the cell phone or smart phone in a day)

¿Cuántas horas pasa su hijo con el teléfono celular a la semana? _____ Horas (hrs)

(How many hours does your child spend on the cell phone or smart phone in a week?)

HISTORIA DE SUEÑO DE LA FAMILIA (Family sleep history)

¿Tiene su hijo algún FAMILIAR CONSANGUÍNEO que haya tenido o que tenga esto? (Marque todas las opciones que correspondan) (Does your child have any BLOOD RELATIVES who have or had (check all that apply)):

	Padre (Father)	Mamá (Mother)	Hermano (Brother)	Hermana (Sister)	Abuelo Materno (Maternal Grandfather)	Abuela Materna (Maternal Grandmother)	Abuelo Paterno (Paternal Grandfather)	Nadie (None)
ADHD o ADD (ADHD or ADD)								
Exceso de somnolencia (Excessive Sleepiness)								
Insomnio (Insomnia)								
Narcolepsia (Narcolepsy)								
Síndrome de las piernas inquietas (Restless Legs Syndrome)								
Apnea del sueño (Sleep apnea)								
Sonambulismo (Sleepwalking)								
Ronquidos fuertes (Loud snoring)								
SIDS o muerte súbita del lactante (SIDS or Crib Death)								

¿Hay otras condiciones médicas en la familia? Sí la respuesta es "Sí", explique: _____

(Any other medical conditions run in the family? If so describe.)

HISTORIA DE LA FAMILIA (ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LAS CONDICIONES QUE SUS FAMILIARES

CONSANGUÍNEOS TIENEN O TUVIERON) (Family history (Please mark an "X" next any of the below that blood relatives have or had))

	Padre (Father)	Madre (Mother)	Hermano (Brother)	Hermana (Sister)	Abuelo materno (Maternal Grandfather)	Abuela materna (Maternal Grandmother)	Abuelo paterno (Paternal Grandfather)	Abuela paterna (Paternal Grandmother)	Hijos (Children)	Ninguno (None)
Alzheimer (Alzheimer's)										
Artritis (Arthritis)										
Asma (Asthma)										
Enfermedades autoinmunes (Autoimmune Disease)										
Defectos de nacimiento (Birth Defects)										
Trastornos de la sangre (Blood Disorder)										
Trastorno de coagulación (Clotting Disorder)										
Discapacidad del desarrollo (Developmental Disability)										
Diabetes (Diabetes)										
Alergias ambientales o estacionales, o eccemas (Environmental-Seasonal Allergies/Eczema)										
Alcoholismo o drogadicción (ETOH/Drug Abuse)										
Enfermedad de la vesícula (Gallbladder Disease)										
Enfermedad gastrointestinal (GI Disease)										
Glaucoma (Glaucoma)										
Gota (Gout)										
Dolores de cabeza (Headaches)										
Enfermedad del corazón (Heart Disease)										
Hepatitis (Hepatitis)										
Colesterol alto (High Cholesterol)										
VIH o SIDA (HIV/AIDS)										
Hipertensión (Hypertension)										
Inmunodeficiencia (Immune Deficiency)										
Enfermedad del hígado (Liver Disease)										
Enfermedad de los pulmones (Lung Disease)										
Enfermedad mental (Mental Illness)										
Trastorno musculoesquelético (Muscular/Skeletal Disorders)										
Enfermedad del páncreas (Pancreas Disease)										
Insuficiencia renal (Renal Disease)										
Convulsiones (Seizures)										
Apoplejía (Stroke)										
TB										
Enfermedades de la tiroides (Thyroid Disease)										
Cáncer de mama (Breast Cancer)										
Cáncer de colon (Colon Cancer)										
Cáncer de ovario (Ovarian Cancer)										
Cáncer de próstata (Prostate Cancer)										
Cáncer de piel (Skin Cancer)										
Cáncer de útero o de cuello uterino (Uterine or Cervical Cancer)										
Todos negativos (All negative)										
Historia desconocida (History Unknown)										

REVISIÓN DE SISTEMAS (Review of systems)

(Marque todo lo que se aplique a su hijo en las dos últimas semanas) (Please check all that apply in the last two weeks to your child):

OJOS <i>(Eyes)</i>	PULMONES <i>(Pulmonary)</i>	SISTEMA NEUROLÓGICO <i>(Neurological)</i>
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista <small>(Trouble seeing)</small>	<input type="checkbox"/> Sibilancia <small>(Wheezing)</small>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <small>(Headaches)</small>
<input type="checkbox"/> Necesidad de usar anteojos <small>(Needs glasses)</small>	<input type="checkbox"/> Falta de aire <small>(Shortness of breath)</small>	<input type="checkbox"/> Mareo <small>(Dizziness)</small>
<input type="checkbox"/> Irritación o malestar en los ojos <small>(Eye irritation or discomfort)</small>	<input type="checkbox"/> Tos en la noche <small>(Nighttime cough)</small>	<input type="checkbox"/> Desmayo <small>(Fainting)</small>
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA <i>(Ears, Nose, Throat)</i>	SISTEMA GASTROINTESTINAL <i>(Gastrointestinal)</i>	<input type="checkbox"/> Tics <small>(Tics)</small>
<input type="checkbox"/> Dolor de oído <small>(Ear pain)</small>	<input type="checkbox"/> Reflujo de ácido / acidez <small>(Acid reflux / heartburn)</small>	<input type="checkbox"/> Episodios de ausencia <small>(Staring spells)</small>
<input type="checkbox"/> Sangrado nasal <small>(Nosebleeds)</small>	<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos <small>(Nausea / vomiting)</small>	SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO <i>(Musculoskeletal)</i>
<input type="checkbox"/> Obstrucción o congestión nasal <small>(Stuffy or congested nose)</small>	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago frecuente <small>(Frequent stomachaches)</small>	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda o articulaciones <small>(Back or joint pain)</small>
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <small>(Difficulty swallowing)</small>	SISTEMA GENITOURINARIO <i>(Genitourinary)</i>	<input type="checkbox"/> Caminar torpe <small>(Clumsy walking)</small>
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <small>(Sore throat)</small>	<input type="checkbox"/> Infecciones de las vías urinarias <small>(Urinary tract infections)</small>	<input type="checkbox"/> Dolores de crecimiento <small>(Growing pains)</small>
<input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales <small>(Sinus problems)</small>	SANGRE Y SISTEMA INMUNITARIO <i>(Hematologic / Immunologic)</i>	<input type="checkbox"/> Mala coordinación <small>(Poor coordination)</small>
<input type="checkbox"/> Habla nasal <small>(Nasal speech)</small>	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal <small>(Abnormal bleeding)</small>	SISTEMA CARDIOVASCULAR <i>(Cardiovascular)</i>
GENERAL <i>(Conventional)</i>	<input type="checkbox"/> Formación de moretones con facilidad <small>(Easy bruising)</small>	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <small>(Chest pain)</small>
<input type="checkbox"/> Fiebre <small>(Fever)</small>	<input type="checkbox"/> Infecciones <small>(Infections)</small>	<input type="checkbox"/> Rigidez u opresión en el pecho <small>(Tightness / pressure in chest)</small>
<input type="checkbox"/> Escalofríos <small>(Chills)</small>	SISTEMA EMOCIONAL <i>(Psychological)</i>	<input type="checkbox"/> Latidos cardíacos intermitentes <small>(Skipped heart beats)</small>
<input type="checkbox"/> Sudor durante el sueño <small>(Sweating during sleep)</small>	<input type="checkbox"/> Exceso de agresividad o ira <small>(Aggressive / Angry a lot)</small>	<input type="checkbox"/> Mala circulación <small>(Poor circulation)</small>
<input type="checkbox"/> Peso insuficiente <small>(Underweight)</small>	<input type="checkbox"/> Ansiedad o ataques de pánico <small>(Anxiety or Panic attacks)</small>	
<input type="checkbox"/> Sobrepeso <small>(Overweight)</small>	<input type="checkbox"/> Llanto fácil <small>(Cries easily)</small>	
PIEL <i>(Skin)</i>	<input type="checkbox"/> Tristeza o melancolía/depresión <small>(Sad or blue mood / depression)</small>	
<input type="checkbox"/> Sarpullido <small>(Rash)</small>	<input type="checkbox"/> Dificultad para hacer tareas <small>(Difficulty completing tasks)</small>	
<input type="checkbox"/> Llagas o lesiones en la piel <small>(Skin sores or lesions)</small>	<input type="checkbox"/> Facilidad para distraerse <small>(Easily distracted)</small>	
<input type="checkbox"/> Eczema <small>(Eczema)</small>	<input type="checkbox"/> Facilidad para frustrarse <small>(Easily frustrated)</small>	
<input type="checkbox"/> Picazón <small>(Itching)</small>	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de permanecer sentado <small>(Can't sit still)</small>	

Gracias por completar este cuestionario. (Thank you for completing this questionnaire.)