

MRN: Folder #: 17 Scheduled Date: Document Name:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

TODAS LAS EDADES:

SÍ o NO

- | | | | |
|-------|--|---|---|
| 1. | ¿Su hijo tiene algún problema de habla, de audición o de la vista? Si es así, por favor explique. | S | N |
| <hr/> | | | |
| 2. | ¿Su hijo ronca o tiene alguna dificultad para respirar cuando está acostado boca arriba? | S | N |
| 3. | ¿Su hijo tiene antecedentes de enfermedades tales como soplo cardiaco, derivación ventriculoperitoneal, convulsiones, asma o síndrome de Arnold Chiari? Si es así, por favor explique. | S | N |
| <hr/> | | | |
| 4. | ¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Si es así, ¿qué está tomando y por qué? | S | N |
| <hr/> | | | |
| 5. | ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si es así, ¿a cuáles medicamentos? | S | N |
| <hr/> | | | |
| 6. | ¿Su hijo tiene un resfriado, inflamación de las amígdalas, tos o fiebre en este momento? | S | N |
| 7. | ¿Su hijo tiene antecedentes de discapacidad mental o hiperactividad? Si es así, por favor explique | S | N |
| <hr/> | | | |
| 8. | ¿Hay algo más respecto a la salud de su hijo que pudiera afectarle mientras se somete a este procedimiento? Si es así, por favor explique. | S | N |
| <hr/> | | | |
| 9. | ¿Cuál es la razón por la que debe realizarse esta prueba? _____ | | |

Diez Meses de Edad o Menor:

- | | | | |
|-------|--|---|---|
| 10. | ¿Ha necesitado su hijo oxígeno complementario alguna vez? Si es así, ¿cuándo, por cuánto tiempo y en qué circunstancias? | S | N |
| <hr/> | | | |
| 11. | ¿Su hijo tuvo apnea (detención temporal de la respiración) o bradicardia (latidos del corazón lentos)? | S | N |
| 12. | ¿Ha requerido su hijo la colocación de monitores alguna vez? Si es así, por favor explique, incluyendo la duración de la supervisión con monitores | S | N |
| <hr/> | | | |
| 13. | ¿Nació su hijo prematuramente o hubo alguna complicación durante el parto? Si es así, por favor explique. | S | N |
| <hr/> | | | |
| 14. | ¿Tiene su hijo antecedentes de reflujo, problemas gastrointestinales (abdominales) o de alimentación por sonda o por botón de gastrostomía? Si es así, por favor explique. | S | N |

Declaro que las respuestas anteriores a este cuestionario son verdaderas hasta donde yo tengo conocimiento.

Firma del padre/tutor

Fecha

Enfermera/paramédico de ARA

Fecha