

Cuestionario previo a la visita del Dr. Cherry

Nombre del paciente	Apodo		
¿Cuál es su principal preocupación sobre la salud de GI de su hijo?			
Preocupaciones adicionales o secundarias (verifique si las hay):			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Colic <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomitando <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Sangre en excremento <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio anormales: <input type="checkbox"/> Familia histórica: <input type="checkbox"/> Otro: </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comida delicada <input type="checkbox"/> Sensibilidades alimentarias <input type="checkbox"/> Alergias Alimentarias <input type="checkbox"/> Flatulencia (pedos) <input type="checkbox"/> Distensión abdominal <input type="checkbox"/> Crecimiento lento <input type="checkbox"/> Ganar peso demasiado rápido <input type="checkbox"/> Peso lento </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Colic <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomitando <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Sangre en excremento <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio anormales: <input type="checkbox"/> Familia histórica: <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Comida delicada <input type="checkbox"/> Sensibilidades alimentarias <input type="checkbox"/> Alergias Alimentarias <input type="checkbox"/> Flatulencia (pedos) <input type="checkbox"/> Distensión abdominal <input type="checkbox"/> Crecimiento lento <input type="checkbox"/> Ganar peso demasiado rápido <input type="checkbox"/> Peso lento
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Colic <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomitando <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Sangre en excremento <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio anormales: <input type="checkbox"/> Familia histórica: <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Comida delicada <input type="checkbox"/> Sensibilidades alimentarias <input type="checkbox"/> Alergias Alimentarias <input type="checkbox"/> Flatulencia (pedos) <input type="checkbox"/> Distensión abdominal <input type="checkbox"/> Crecimiento lento <input type="checkbox"/> Ganar peso demasiado rápido <input type="checkbox"/> Peso lento		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">¿Su hijo nació prematuro / prematuro?</td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> sí ¿Qué tan prematuro? _____ <input type="checkbox"/> no </td> </tr> </table>		¿Su hijo nació prematuro / prematuro?	<input type="checkbox"/> sí ¿Qué tan prematuro? _____ <input type="checkbox"/> no
¿Su hijo nació prematuro / prematuro?	<input type="checkbox"/> sí ¿Qué tan prematuro? _____ <input type="checkbox"/> no		
¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas neurológicos (conocidos o sospechosos)?			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ADD o ADHD <input type="checkbox"/> trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> trastorno de tic <input type="checkbox"/> trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> otro </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> trastorno de integración sensorial <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> retraso en el habla o lenguaje <input type="checkbox"/> otro retraso en el desarrollo </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> ADD o ADHD <input type="checkbox"/> trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> trastorno de tic <input type="checkbox"/> trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> trastorno de integración sensorial <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> retraso en el habla o lenguaje <input type="checkbox"/> otro retraso en el desarrollo
<input type="checkbox"/> ADD o ADHD <input type="checkbox"/> trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> trastorno de tic <input type="checkbox"/> trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> trastorno de integración sensorial <input type="checkbox"/> parálisis cerebral <input type="checkbox"/> retraso en el habla o lenguaje <input type="checkbox"/> otro retraso en el desarrollo		
¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas conductuales o psiquiátricos (conocidos o sospechosos)?			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> trastorno del estado de ánimo (como depresión) <input type="checkbox"/> trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> otro </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) <input type="checkbox"/> trastorno bipolar </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> trastorno del estado de ánimo (como depresión) <input type="checkbox"/> trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) <input type="checkbox"/> trastorno bipolar
<input type="checkbox"/> trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> trastorno del estado de ánimo (como depresión) <input type="checkbox"/> trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) <input type="checkbox"/> trastorno bipolar		
¿Su hijo está en alguna dieta o plan de alimentación en particular?			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> sin restricciones <input type="checkbox"/> vegetariano <input type="checkbox"/> vegano <input type="checkbox"/> otro </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> sin gluten <input type="checkbox"/> sin lactosa <input type="checkbox"/> sin lácteos </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> sin restricciones <input type="checkbox"/> vegetariano <input type="checkbox"/> vegano <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> sin gluten <input type="checkbox"/> sin lactosa <input type="checkbox"/> sin lácteos
<input type="checkbox"/> sin restricciones <input type="checkbox"/> vegetariano <input type="checkbox"/> vegano <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> sin gluten <input type="checkbox"/> sin lactosa <input type="checkbox"/> sin lácteos		

¿Hay algún historial familiar de:

¿Qué miembro de la familia?

- alergias a los alimentos?
- asma? _____
- eczema?
- esofagitis eosinofílica? _____
- reflujo gastroesofágico severo?.....
- enfermedad celiaca? _____
- ¿infección por H. pylori?.....
- síndrome del intestino irritable (IBS)? _____
- enfermedad inflamatoria del intestino (IBD)?.....
 - Enfermedad de Crohn
 - Colitis ulcerosa
 - incierto
- cáncer de colon? _____
- enfermedad hepática o cirrosis?.....
- pancreatitis? _____
- otros trastornos GI? ¿Qué tipo?
- enfermedad de la tiroides? _____
- diabetes infantil (tipo I)?.....
- artritis reumatoide? _____
- psoriasis?.....
- otras condiciones de salud crónicas:

¿Cuál es la calificación actual de su hijo en la escuela?	
¿A qué escuela asiste su hijo?	
¿Qué actividades disfruta su hijo fuera de la escuela?	
¿Cuáles son las principales fuentes de estrés en la vida de su hijo?	
¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?	