

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

Fecha hoy _____

Nombre completo del paciente (primero segundo apellido sufijo):

Apodo del paciente: _____ | Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Edad del paciente _____ años & _____ meses | Sexo (indique): M F _____ | Género: M F _____

(indique) Nombre completo de la Madre / Madrastra / Abuela / Representante(s) Legalmente Autorizado(s):

(indique) Nombre completo del Padre / Padrastro / Abuelo / Representante(s) Legalmente Autorizado(s):

Dirección completa del paciente:

Indique tu orden de llamada preferido, empezando con el primer número del teléfono para llamar:

Móvil con código de área: _____ ¿Cuyo? madre padre o _____

Móvil con código de área: _____ ¿Cuyo? madre padre o _____

Trabajo con código de área: _____ ¿Cuyo? madre padre o _____

Otro con código de área: _____ ¿Cuyo? madre padre o _____

Casa con código de área: _____ Correo electrónico _____

INFORMACIÓN PARA VISITA

Proveedor/grupo de referencia: _____

Dirección del proveedor/grupo: _____

Teléfono del proveedor/grupo con código de área: _____, fax _____

Correo electrónico del proveedor/grupo: _____

Portal internet del proveedor/grupo: https://_____

INDIQUE RAZÓN(ES) POR VISITA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> retraso constitucional crecimiento tardía | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus tipo 1 | <input type="checkbox"/> deficiencia de vitamina D |
| <input type="checkbox"/> baja estatura idiopática crecimiento deficiente | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus tipo 2 | <input type="checkbox"/> hipopituitarismo |
| <input type="checkbox"/> fracaso para prosperar | <input type="checkbox"/> pubertad retrasada | <input type="checkbox"/> insuficiencia suprarrenal |
| <input type="checkbox"/> deficiencia de la hormona del crecimiento | <input type="checkbox"/> pantalla de recién nacido fallida | |
| <input type="checkbox"/> hiperplasia suprarrenal congénita | <input type="checkbox"/> pubertad precoz (temprana) | |
| <input type="checkbox"/> HIPOtiroidismo congénita | <input type="checkbox"/> adrenarquía precoz | <input type="checkbox"/> obesidad/sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> HIPOtiroidismo/Hashimoto tiroiditis | <input type="checkbox"/> telarquía precoz | |
| <input type="checkbox"/> otro adquirido HIPOtiroidismo | <input type="checkbox"/> resistencia a la insulina pero sin diabetes | |
| <input type="checkbox"/> HIPERTiroidismo (enfermedad de Graves) | <input type="checkbox"/> hipoPARAtiroidismo | <input type="checkbox"/> hiperPARAtiroidismo |
| <input type="checkbox"/> otro específico: _____ | | |

QUEJA PRINCIPAL en sus palabras: _____

Revisión de sistemas por síntomas recientes o actuales (indique todas que aplican solamente al paciente)

Constitucional: negativo fatiga letargo intolerancia al calor intolerancia al frío

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta: neg visión borrosa ronquera plenitud del cuello

Respiratorio: neg ronquidos pausas en la respiración respiración inusual

Cardiovascular: neg dolor de pecho dificultad para respirar con el ejercicio

Gastrointestinal: neg náuseas vómitos estreñimiento diarrea

Genitourinary: neg enuresis dolor al orinar dolor pélvico/en la ingle despertarse por la noche para orinar

Neurology: neg dolor de cabeza apagones convulsiones espasticidad

Musculoesquelético: neg cojear dolor de rodilla o cadera inflamación de articulaciones
fracturas frecuentes dolor de huesos

Sangre/Linfático: neg anemia sangrado moretón infecciones crónicas

Alergia/Inmunología: neg nariz que moquea sinusitis alergia estacional bultos debajo de la piel

Piel: neg sarpullido foliculitis nuca oscura axilas oscuras

Comportamiento: neg depresión enfado ansiedad comportamiento perturbador insomnio

Endocrina: neg despertarse por la noche para orinar enuresis micción excesiva sed excesiva
peso estable pérdida de peso involuntaria pérdida de peso intencional aumento de peso anormal
más bajo en su clase más pesado en su clase

Niña, desarrollo mamario desde: nunca antes edad 5 6 7 8 9 10 11 12

Niña, primera regla (menarquía): nunca antes edad 5 6 7 8 9 10 11 12

Male, necesitaba desodorante desde: nunca antes edad 5 6 7 8 9 10 11 12

Male, ¿Algún aumento de senos (ginecomastia)? NO Si sí, ¿cuando notado por primera vez? _____

¿Quién se dio cuenta primero la ginecomastia? _____

Ahorra ginecomastia es (indique)... templado moderado severo afectando ambos senos

Historia médica pasada:

Peso al nacer _____ kg, o _____ libras & _____ onzas | Longitud de nacer _____ cm, o _____ pulgadas

Complicaciones durante embarazo: ninguna Si sí, describen las: _____

Complicaciones durante parto: ninguna Si sí, describen las: _____

Complicaciones en guardería: ninguna Si sí, describen las: _____

Otras condiciones o hospitalizaciones: ninguna Si sí, describen qué, dónde, y cuándo: _____

Caminó de forma independiente a la edad _____ meses | Empezó hablar a la edad _____ meses

Su primer diente apareció a la edad _____ meses | Perdió su primer diente a la edad _____ meses

Cirugía pasada (indique todas que aplican)

cirugía general cirugía abdominal circuncisión electiva otra(s): _____

tubos para oídos labio hendido cirugía dental _____

amigdalectomía adenoidectomía apendectomía _____

cirugía de corazón reparación de hernia inguinal síntomas cardíacos congénitos

¿Dónde y cuándo se realizó cada cirugía o procedimiento? Adjunta páginas adicionales según sea necesario.

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

Alergias: No Si SÍ, lista síntoma(s) y disparadores:

Alergia contra látex: No SÍ

¿Las alergias fueron confirmadas por el alergólogo? No Si SÍ, ¿quién, dónde, y cuándo?

Medicamentos actuales (lista nombre, dosis, ruta de administración, frecuencia, prescriptor, fecha de inicio)

SOLO COMO EJEMPLO: loratadine 10 mg por voca una vez al día, Dr. Juan Garza, alergólogo en San Antonio, teléfono 210-123-4567, abril 2012

Medicamentos pasados (lista nombre, dosis, ruta de administración, frecuencia, prescriptor, fecha de inicio)

SOLO COMO EJEMPLO: vacuna de refuerzo contra tétanos por inyección subcutánea, Dra. Jane Doe, atención primaria en Houston, teléfono 210-123-4567, febrero 2014

HISTORIA FAMILIAR

Estatura de madre biológica: desconocida | _____ cm o _____ pulgadas, reportada o medida

Peso de madre biológica: desconocida | _____ kg o _____ libras, reportada o medida

Edad con primera regla (comienzo de la menstruación): _____ años | Describa cualquier problema de salud:

más alta educación _____ | ocupación _____

Estatura del padre biológica: desconocida | _____ cm o _____ pulgadas, reportada o medida

Peso del padre biológica: desconocida | _____ kg o _____ libras, reportada o medida

llego a su estatura final al edad: _____ años | Describa cualquier problema de salud:

más alta educación _____ | ocupación _____

Si algún pariente adulto femenino fuera más bajo que 4 pies, 11 pulgadas, ¿específica quién? _____

Si algún pariente adulto masculino fuera más bajo que 5 pies, 4 pulgadas, ¿específico quién? _____

Hermano(a) mayor del paciente (nombre completo): _____ Edad _____ | M F

Estatura: _____ pies _____ pulgadas, o _____ cm | Peso _____ libras, o _____ kg

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

Próximo(a) hermano(a) mayor (nombre completo): _____ Edad _____ | M F

Estatura: _____ pies _____ pulgadas, o _____ cm | Peso _____ libras, o _____ kg

Próximo(a) hermano(a) mayor (nombre completo): _____ Edad _____ | M F

Estatura: _____ pies _____ pulgadas, o _____ cm | Peso _____ libras, o _____ kg

Próximo(a) hermano(a) mayor (nombre completo): _____ Edad _____ | M F

Estatura: _____ pies _____ pulgadas, o _____ cm | Peso _____ libras, o _____ kg

Edad del abuelo paterno _____, ¿ahorra o al morir? | Estatura _____ pulgas o _____ cm, reportado medida

Inicio de pubertad: desconocido al edad _____ | Estado de salud actual y comentarios:

Edad de abuela paterna _____, ¿ahorra o al morir? | Estatura _____ pulgas o _____ cm, reportada medida

Edad con primera regla (comienzo de la menstruación): _____ años | Estado de salud actual y comentarios:

Edad del abuelo materno _____, ¿ahorra o al morir? | Estatura _____ pulgas o _____ cm, reportado medida

Inicio de pubertad: desconocido al edad _____ | Estado de salud actual y comentarios:

Edad de abuela materna _____, ¿ahorra o al morir? | Estatura _____ pulgas o _____ cm, reportada medida

Edad con primera regla (comienzo de la menstruación): _____ años | Estado de salud actual y comentarios:

Historia familiar de...

Si hombres más bajo que 64 pulgadas o mujeres más baja que 59 pulgadas, ¿quién y qué tan corto? _____

Si estatura alta, ¿quién y qué tan alta? _____

Si diabetes tipo 1 (juvenil), ¿quién y qué edad al diagnóstico? _____

Si diabetes tipo 2, ¿quién y qué edad al diagnóstico? _____

Si condición de tiroides, ¿quién, qué tipo y edad al diagnóstico? _____

Si cáncer, ¿quién, qué tipo y edad al diagnóstico? _____

Si alta presión sanguínea, ¿quién, qué tipo y edad al diagnóstico? _____

Si ataque al corazón temprano, o accidente cerebrovascular temprano, o muerte temprana, ¿quién, qué tipo y edad? _____

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

Por favor describa el historial medico familiar con más detalle según sea necesario:

Raza y etnia autoinformada del padre _____, madre _____, paciente _____

HISTORIA PERSONAL

Paciente vive con (indique todos que aplican): madre padre abuela abuelo guardian(a)
 madre/padre adoptiva/o familia de acogida hermana hermano madrastra padrastro
 otros, ¿quién y dónde?

¿Es niño/a en escuela? no Sí, grado _____ | desempeño escolar reciente: bueno justo malo

Nombre y ubicación de escuela _____

clases regulares clases de recursos guardería antes o después de escuela escuela en casa
Actividades: sedentario deportes baile arte música videojuegos lectura de libros
 otras: _____

HISTORIA ESTILO DE VIDA

¿Cuántas onzas de refrescos, bebidas azucaradas y jugos de frutas bebe su hijo (o usted) cada día?
_____ onzas cada día

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

¿Cuántas comidas come su hijo/a (o usted) en casa cada semana? _____ comidas cada semana

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

¿Cuántos días a la semana su hijo (o usted) juega al aire libre o hace ejercicio durante al menos 60 minutos?
_____ días por semana

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

¿Con qué frecuencia toma su hijo (o usted) una segunda ración?

mark one: almost never not often sometimes often always

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

¿Cuántos días a la semana desayuna su hijo (o usted)? _____ días por semana

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

¿Cuántas horas cada día pasa su hijo (o usted) viendo televisión o jugando juegos de video/computadora? (No incluya el uso de la computadora para la tarea.) _____ horas por día

¿Estás dispuesta(o) a trabajar en esta área? sí no

Si su hijo o alguien en su hogar usa *tabaco* en cualquier forma, ¿especifique quién, cual forma de tabaco, cuánto y con qué frecuencia? _____

Si su hijo o alguien en su hogar usa *alcohol* en cualquier forma, ¿especifique quién, cual forma de alcohol, cuánto y con qué frecuencia? _____

Si su hijo o alguien en su hogar usa *drogas recreativas* en cualquier forma, ¿especifique quién, cual forma de alcohol, cuánto y con qué frecuencia? _____

Si el paciente ha sido sexualmente activo, ¿fue esto? no consentido consentido

Si la paciente usa anticonceptivos, por favor descríbalos:

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

TERAPIA DE INSULINA

“Surf de azúcar”? Sí Tratando de Surf Todavía no, pero quiero aprender más (www.sugarsurfing.com)

Vial y jeringa

Hora típica del reloj y dosis para el desayuno _____

Hora típica del reloj y dosis para el almuerzo _____

Hora típica del reloj y dosis para la cena _____

Hora típica del reloj y dosis para la hora de acostarse _____

Configuración del la bomba

Marca y modelo de la bomba _____

Tipo(s)/marca(s) de insulina _____

Tasa(s) basal(es) y tiempo(s) del reloj _____

Proporción de insulina a carbohidratos para bolos _____

Marca y modelo del monitor continuo de glucosa (“CGM”) _____

Marca del medidor de glucose en la sangre _____

Marca del medidor de cetonas en la sangre _____

El nivel de azúcar en la sangre generalmente está comprobado _____ veces al día.

¿Trajiste el registro de glucosa de su hijo (o el suyo)?

¡Sí! No, porque yo... confío en CGM confío en un metro olvidé de traerlo no me quedo con uno

Si su hijo (o usted) alguna vez necesitó una inyección de glucagón para tratar un nivel muy bajo de azúcar en la sangre, describa cuándo y qué sucedió:

Si su hijo/a ha tenido (o usted ha tenido) hipoglucemia nocturna durante los últimos tres meses, describa:

¿El paciente se autoinyecta? Sí ¿Por favor explique por qué no?

¿El paciente gira los sitios de inyección de insulina? Sí ¿Por favor explique por qué no?

¿El paciente toma dosis adicionales de insulina? no ¿Por favor describe cómo?

¿El paciente reconoce su propia hipoglucemia leve? Sí no

¿La insulina está refrigerada? Sí ¿Por favor explique por qué no?

¿El paciente tiene glucagón en casa? Sí no ¿Ha caducado el glucagón? NO sí

¿El paciente se salta las comidas? NO ¿Por favor explique por qué sí?

¿El paciente usa patrones de glucosa? Sí ¿Por favor explique por qué no?

PACIENTE NUEVO

Toda información está tratada como confidencial

© 2022 Endo4Life, P.L.L.C.

¿La diabetes está bien controlada (por ejemplo, hemoglobina A1c menos del 7%)? SÍ no

¿Omite el paciente las inyecciones de insulina? NO ¿Por favor explique por qué sí?

¿El paciente revisa las cetonas cuando está enfermo? SÍ ¿Por favor explique por qué no?

¿El paciente lleva glucosa de rescate con él/ella? SÍ ¿Por favor explique por qué no?

¿El paciente/la familia sabe y tiene reglas impresas para los días de enfermedad printed sick day rules? SÍ

¿Por favor explique por qué no? _____

Especificar los suministros para el cuidado de la diabetes que se necesitan hoy:

glucagón almohadillas de alcohol caja por objetos punzocortantes aplicación de alerta médica

libro de registro

marcas de insulina _____

suministros para bomba de insulina, específicamente: _____

marca de tiras de prueba de glucosa:

jeringas de insulina, tamaño específico:

marca de tiras de cetonas (indica si por la orina o sangre):

marca de lanceta:

504 plan (por favor proporcione la forma de la escuela)

plan por cuidado de salud durante escuela (por favor proporcione la forma de su escuela)

forma por el campamento de diabetes (por favor proporcione la forma)

carta para viajar en avión (E.E.U.U. TSA)

Si el paciente necesita otras recetas/suministros, ¿cuáles?