



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

**FORMULARIO INICIAL DE INGRESO – PEDIATRÍA DE 9 – 18 AÑOS DE EDAD**  
**INITIAL INTAKE – PEDIATRICS 9 YEARS – 18 YEARS**

Este formulario está escrito desde el punto de vista del niño como paciente. Sus respuestas nos serán de mucha utilidad para entender mejor las condiciones y problemas médicos tanto de usted como de su niño. Si no recuerda detalles específicos trate de proporcionarnos algo que se aproxime. Gracias!

*This form is written from the viewpoint of the child as patient. Your answers on this form will help us better understand you or your child's medical concerns and conditions. If you cannot remember specific details, please provide your best guess. Thank you!*

Completado ( ) Para ( ) Por \_\_\_\_\_ (el nombre del niño)  
 Completed For By (Child's Name)

Idioma en el que prefiere hablar: ( ) Inglés ( ) Español ( ) Otro:  
 Language you use the most: English Spanish Other:

¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales o prácticas importantes con respecto a las decisiones para su atención médica? ( ) No ( ) Si – Favor de describirlas:

*Do you have religious, spiritual or cultural beliefs or practices important to your health care decisions?  
 No Yes— Please describe:*

**LISTA DE ALERGIAS:** Favor de enumerar cualquier alergia o problema que tenga con: **medicamentos, alimentos, mariscos, latex (globos de latex o hule), cinta adhesiva, etc.**, y lo que le pasa cuando los toma o usa.

**ALLERGY LIST:** Please list any allergies or problems you have with: **medicines, food, shellfish, latex (balloons, rubber), tape, etc.** and what happens to you when you take or use them.

**NINGUNA ALERGIA**  
**NO ALLERGIES**

CÓMO REACCIONA A LA ALERGIA; QUÉ LE SUCEDE	ALLERGY TO; REACTION/WHAT HAPPENS (REACTION TO ALLERGY?)

**LISTA DE MEDICAMENTOS:** Por favor enumere todos los medicamentos que  **NO TOMA MEDICAMENTOS** está tomando ahora. Incluya aquéllos que no requieren receta médica como: **NO MEDICINES**

**vitaminas, suplementos, plantas medicinales, gotas para los ojos, parches, etc.**

**MEDICATION LIST:** Please list all medicines you take now. Include those without a prescription: **over-the-counter, vitamins, supplements, herbals, eye-drops, patches, etc.**

Nombre de su farmacia y en donde se encuentra \_\_\_\_\_  
 Name of your Pharmacy Location

Para volver a surtir su medicamento prefiere para:  30 días  90 días  
 Medicine refills – Prefer 30 days 90 days

**Por favor escriba su nombre y el número de registro médico del hospital (si lo sabe)**  
 Please write your name and hospital medical record number (if known)

¿CUANTOS MEDICAMENTOS TOMA, QUE TAN FRECUENTEMENTE LOS TOMA Y COMO LOS TOMA? COMENTARIOS NOMBRE (DOSIS)(FRECUENCIA)(VIA)	MEDICINE/ HOW MUCH/ HOW OFTEN /HOW DO YOU TAKE IT? COMMENTS NAME (DOSE) (FREQUENCY) (ROUTE)

**HISTORIAL MÉDICO**  
**MEDICAL HISTORY**

**NINGUNO**  
**NONE**

Favor de indicar cualquier condición física o mental (o problemas) que tenga ahora o que haya tenido. Si lo sabe, agregue el año en que empezó. Favor de añadir cualquier otra condición si no está en la lista.

Please check any physical or mental health conditions (or problems) you have now or have ever had. Add the year it started, if known. Please add any other conditions if not listed.

<input checked="" type="checkbox"/> Fecha en que se contrajo DATE	Padecimiento CONDITION	<input checked="" type="checkbox"/> Fecha en que se contrajo DATE	Padecimiento CONDITION	<input checked="" type="checkbox"/> Fecha en que se contrajo DATE	Padecimiento CONDITION
	Trastorno por Déficit de Atención Trastorno por Déficit de Atención E Hiperactividad ADDADHD		Depresión <i>Depression</i>		Eczema <i>Eczema</i>
	Alergias <i>Allergies</i>		Retraso de desarrollo <i>Developmental Delay</i>		Epilepsia/convulsiones <i>Epilepsy or seizures</i>
	Asma <i>Asthma</i>		Diabetes <i>Diabetes</i>		Fracaso del crecimiento <i>Growth failure</i>
	Cáncer <i>Cancer</i>		Diálisis <i>Dialysis</i>		Dolores de cabeza <i>Headaches</i>
	Pérdida auditiva <i>Hearing Loss</i>		Ictericia <i>Jaundice</i>		Infecciones serias <i>Serious Infections</i>
	Enfermedad del corazón <i>Heart Disease</i>		Envenenamiento con plomo <i>Lead poisoning</i>		Pneumonia (en el hospital) <i>Pneumonia (in the hospital)</i>
	Soplo cardíaco <i>Heart murmur</i>		Dx neuromuscular <i>Neuromuscular Dx</i>		Faringitis Estreptocócica <i>Strep throat</i>
	Acidéz/Reflujo Gastroesofágico <i>Heartburn/GERD</i>		Obesidad <i>Obesity</i>		Tracto Urinario <i>Urinary Tract</i>
	Hepatitis C <i>Hepatitis C</i>		Otitis Media <i>Otitis Media</i>		Anemia de Células Falciformes <i>Sickle Cell</i>
	VIDH/SIDA <i>HIV/AIDS</i>		Dolor todo el tiempo (Crónico) <i>Pain all the time (Chronic)</i>		Apnea del sueño <i>Sleep Apnea</i>
	Hipertensión (presión arterial alta) <i>Hypertension (High Blood Pressure)</i>		Escoliosis <i>Scoliosis</i>		Hemorragia cerebral <i>Stroke</i>
	Enfermedad inflamatoria intestinal <i>Inflammatory bowel disease</i>				Cambios en la visión <i>Vision change</i>

¿Ha tenido alguna lesión seria, traumatismo o accidentes o ha estado hospitalizado? Favor de agregarlo junto con la fecha si se conoce.

Have you had any serious injuries, trauma or accidents or hospital stay? Please list with the date, if known.

FECHA	DESCRIPCIÓN	DATE	DESCRIPTION

Cuántas veces lo han atendido en el Departamento de Emergencia el año pasado?  Ninguna  1-3  4-6  7 o más  
How many times have you been seen in an Emergency Department in the past year? None 1-3 4-6 7 or more

¿Tiene alguna preocupación con respecto al crecimiento y desarrollo, la escuela, amigos, familia, etc.?

Do you have any concerns with growth and development, school, friends, family, etc?

No  sí – Por favor describa:

No Yes - Please describe:

**HISTORIAL QUIRÚRGICO (Y PROCEDIMIENTOS)**  
**SURGICAL HISTORY (AND PROCEDURES)**

**NINGUNO**  
**NONE**

¿Tiene algún implante metálico o plástico?  Si  válvulas  barras  clavos quirúrgicos  derivación  fístula  
Do you have any metal or plastic implants? Yes valves rods pins shunt fistula

marcapasos u otro dispositivo para el corazón  Stent cardíaco  
pacemaker or other heart device cardiac stent

¿Ha tenido un trasplante de órgano o tejido? Have you had an organ or tissue transplant?

<input type="checkbox"/> SI	¿QUE ÓRGANO / TEJIDO?	WHAT ORGAN/TISSUE?

Alguna vez ha tenido  electrocardiograma anormal  Radiografía anormal?  Problemas con la anestesia  Transfusión de sangre  
Have you ever had – abnormal EKG abnormal Chest X-Ray problems with anesthesia blood transfusion

# UNIVERSITY OF VIRGINIA HEALTH SYSTEM



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

Por favor enumere cualquier cirugía o procedimiento que haya tenido. Agregue la fecha si la sabe.  
Please list any surgeries or procedures you have had. Add the date if you know it.

✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION	✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION	✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION
		Adenoidectomía Adenoidectomy			Gastrostomía Gastrostomy			Ortopédico Orthopedic
		Apendectomía Appendectomy			Corazón Heart			Tonsilectomía Tonsillectomy
		Labio leporino Cleft lip			Hernia - <input type="checkbox"/> de la ingle Inguinal <input type="checkbox"/> Umbilical Umbilical			lesión traumática Traumatic injury
		paladar leporino Cleft palate						Shunt ventriculoperitoneal VP Shunt
		tubos en el oído Ear tubes			biopsia del nódulo linfático Lymph node biopsy			

FECHA	DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO	DATE	SURGERY OR PROCEDURE

## HISTORIA FAMILIAR FAMILY HISTORY

NINGUNA  
NONE

Altura de la Madre \_\_\_\_\_ Altura del Padre \_\_\_\_\_  
Mother's height \_\_\_\_\_ Father's height \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres de su familia que tienen o han tenido lo siguiente:  
Please list those in your family who have or have had the following:

Parentesco Relationship	Nombre Name	Estado Status		Cáncer Cancer	Depresión Depression	Diabetes Diabetes	Ataque del Corazón (anotar edad) Heart Attack (note age)	Enfermedad del Corazón Heart Disease	Presión Arterial Alta High Blood Pressure	Colesterol Alto High Cholesterol	Enfermedad de los Riñones Kidney Disease	Detalles Details	Details
		Si Yes	No No										
Madre Mother													
Padre Father													
Hermana Sister													
Hermano Brother													
Parentesco Relationship	Nombre Name	Fibrosis Quística Cystic fibrosis	Muerte inesperada o por infección antes de los 30 años de edad Death from infection or unexpected before 30 years old	Diabetes antes de los 30 años de edad Diabetes before 30 years old	Ataque del Corazón antes de los 40 años de edad Heart attack before 40 years old	Problemas con la anestesia Problems with Anesthesia	Detalles Details		Details				
Madre Mother													
Padre Father													
Hermana Sister													
Hermano Brother													

## CUIDADO PREVENTIVO PREVENTIVE CARE

¿Están sus vacunas al corriente?  Si  No  
Are your vaccinations up to date? Yes No

**HISTORIAL PERSONAL/SOCIAL**  
**(SOCIAL / PERSONAL HISTORY)**

Vive con  Padre  Madre  Abuelos  Tutor  En adopción temporal  En una institución  Otro lugar:

Do you live with  Father  Mother  Grandparent(s)  Guardian  Foster care  At a facility  Other

¿Asiste a la escuela?  No  Si – Año Escolar  Educado en casa  Confinado en casa  Educación Especial

Are you in school? No Yes – Grade Home schooled Homebound Special Education

Otra \_\_\_\_\_

Other:

¿Está en un programa especial?  Dotado/Acelerado  Programa Educativo Individualizado

Are you in a special program? Gifted/accelerated IEP

Otro \_\_\_\_\_

Other:

¿Cuántos días de escuela ha faltado este año académico debido a una enfermedad?  Ninguno  1-5  6-10  >10

How many days of school have you missed this academic year because of illness? None 1-5 6-10 >10

¿Es sexualmente activo?  Si  No  Ahora no  Parejas  Femeninas  Masculinas

Are you sexually active? Yes No Not Currently Partners Female Male

Control de la Natalidad / Protección empleada:  Ninguno  Abstinencia  Coito interrumpido  Condón  Inyección

Birth Control / Protection used: None Abstinence Pull Out Condom Injection

Inserto/implante; Tipo: \_\_\_\_\_  Píldoras  Parche  Ritmo  Espermicida  Quirúrgico

Insert / implant Type: Pills Patch Rhythm Spermicide Surgical

Otro: \_\_\_\_\_

Other:

Si es mujer: Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_ Embarazada  Si  No Amamantando  Si  No

If female: Date of last menstrual period: Pregnant Yes No Breastfeeding Yes No

Fuma?  Si  Nunca  Dejó de hacerlo - fecha \_\_\_\_\_  Masca tabaco/tabaco en polvo

Do you use tobacco? Yes Never Quit - Quit Date: Chew/Smuff

Pasivo (vive con un fumador) – Nombre \_\_\_\_\_

Passive (Live with a smoker) – Name

Si es afirmativa – cuántos paquetes al día?  menos de 1  más de 1  Otra \_\_\_\_\_

If yes – how many packs per day? less than 1 greater than 1 Other:

¿Por cuántos años? ( ) menos de 1  1-5  6-10  más de 10

For how many years? less than 1 1-5 6-10 more than 10

¿Bebe alcohol?  No  Fecha en que dejó de hacerlo \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol? No Quit (date)

Si – Bebidas por semana: \_\_\_\_\_ Vasos de vino, \_\_\_\_\_ latas de cerveza, \_\_\_\_\_ “tragos” o bebidas mezcladas

Yes - Drinks per week: Glasses of wine Cans of Beer “Shots” or mixed drinks

¿Usa drogas?  No

Do you use drugs? No

Si – Veces por semana: \_\_\_\_\_ Tipos:  Marihuana  Meta-anfetaminas  Cocaína  Vía oral

Yes – Times per week: Types: Marijuana Methamphetamines Cocaine IV

Otras \_\_\_\_\_

Other:

Le gustaría recibir información para dejar de hacerlo?  Si  No

Would you like information about quitting? Yes No

Tiene dieta especial:  No  Si - Descríbala: \_\_\_\_\_

Are you on special diet: No Yes - Describe:

¿Tiene problemas para dormir?  No  Si –  pesadillas  sonambulismo  moja la cama  ronca  rechina los dientes

Do you have any problems sleeping? No Yes – nightmares sleep walking bedwetting snoring teeth grinding

dificultad en conciliar el sueño  dificultad en permanecer dormido  Otro: \_\_\_\_\_

trouble getting to sleep trouble staying asleep Other:

¿Cuánto tiempo pasa frente a la televisión o computadora cada día?  Nada  1 hora  2-4 horas  >4 horas

How much time do you spend in front of the television and/or computer each day? None 1 hour 2-4 hours >4 hours

¿Hace ejercicio con regularidad?  No  Si ¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_

Do you exercise regularly? No Yes - How many times per week? For how long?

¿Qué hace para divertirse?

What do you like to do for fun?

Usa:  Lentes  Lentes de contacto  Aparatos para la sordera  Dentadura postiza  Bastón  Caminadora

Do you use: Glasses Contacts Hearing aids False teeth Cane Walker

Silla de ruedas

Wheel chair

Seguridad: Emplea  Asiento de seguridad para niños  Casco para cuando anda en bicicleta

Safety: Do you use? Booster seat or seat belt in the car Bike helmet

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos durante el último año?  Sí  No.

Have you traveled outside the United States within last year? Yes No

Si la respuesta es afirmativa, ¿a donde? \_\_\_\_\_

If yes, where?



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

Favor de leer cada sección y encuentre la respuesta que corresponda a la cantidad de actividad que puede hacer -  
Please read each section and match the answer to the amount of activity you are able to do -

<p><b>Sin parar puede usted:</b> <i>Without stopping can you:</i></p> <p><b>¿Subir tres pisos y caminar varias calles?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up 3 flights of steps or walk several blocks?</i> Yes No</p> <p><b>¿Subir más de 1 piso o dos calles?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up more than 1 flight of steps or 2 blocks?</i> Yes No</p> <p><b>¿Subir un piso o menos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>walk up one flight of steps or less.</i> Yes No</p> <p><b>¿Tiene dificultad para respirar o dolor de pecho cuando está acostado?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Do you get short of breath or have chest pain when lying in bed?</i> Yes No</p>	<p><b>CATEGORÍAS NYHA (New York Heart Association)</b> <b>NYHA CATEGORIES</b></p> <p><b>Síntomas – dificultad para respirar, angina de pecho</b> <i>Symptoms = shortness of breath, angina</i></p> <p><b>Clase 1 – Ningún síntoma y no hay limitación en la actividad física ordinaria</b> <i>Class 1 – No symptoms and no limitation in ordinary physical activity.</i></p> <p><b>Clase 2 – Síntomas y limitación leves en la actividad física ordinaria</b> <i>Class 2 – Mild symptoms and slight limitation during ordinary activity.</i></p> <p><b>Clase 3 – Marcada limitación en la actividad debido a los síntomas</b> <i>Class 3 – Marked limitation in activity due to symptoms.</i></p> <p><b>Clase 4 – Severas limitaciones. Tiene síntomas aún mientras descansa</b> <i>Class 4 – Severe limitations. Experiences symptoms even while at rest.</i></p>
--	--

**¿Por qué necesita dejar de caminar? (marque lo que corresponda)**  
*Why do you need to stop walking? (Check all that apply)*

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No corresponde<br><i>Not applicable</i>      | <input type="checkbox"/> Sobre peso<br><i>Overweight</i>                      | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho/presión<br><i>Chest pain/pressure</i> | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones/espalda<br><i>Joint / back pain</i> |
| <input type="checkbox"/> Calambres musculares<br><i>Muscle cramps</i> | <input type="checkbox"/> Débil, cansado, mareado<br><i>Weak, tired, dizzy</i> | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar<br><i>Short of breath</i>   |  |

Completado por \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
*Completed by* NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) *Date*

Estuvo presente un intérprete \_\_\_\_\_  Teléfono Cyracom # \_\_\_\_\_  
*Interpreter present* NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) *Cyracom phone ID #*

Revisado por \_\_\_\_\_  Anotado en el Registro Médico Electrónico (EMR) Fecha \_\_\_\_\_  
*Reviewed by* NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) *Entered into EMR Date*