



Mid-Atlantic
EPILEPSY & SLEEP CENTER

CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVO
Dr. Amanda W. Pong, MD, MSc

¡Esperamos conocerte en tu próxima cita! Para brindarle un mejor servicio a usted y a su hijo durante su visita, agradeceríamos sus respuestas a las siguientes preguntas. Además, traiga los resultados de las pruebas de MRI y EEG junto con los registros del hospital a la visita.

Nombre del niño _____ Apodo _____
Primer Apellido

Fecha de nacimiento ____/____/____

Médico que te refirió a nosotros: _____

Dirección del médico: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

A. Historia del embarazo, parto y curso neonatal

Edad de la madre en el momento del parto: _____

Número de embarazos anteriores: _____

Número de abortos espontáneos (si los hay): _____

Cantidad de meses de embarazo: _____

Complicaciones del embarazo: _____

Medicamentos durante el embarazo: _____

¿El trabajo de parto fue espontáneo o inducido? _____

Duración del parto: _____

Tipo de parto y/o complicaciones: _____

Peso de nacimiento: ____ lbs. _____ oz. Puntaje de Apgar: _____



Indique si su hijo experimentó alguno de los siguientes durante el Período de Recién Nacido.

Chupar o alimentar: _____

Infección, incluida la meningitis: _____

Ictericia o bilirrubina alta _____

Respiración, que requiere ventilación artificial: _____

Convulsiones o Convulsiones: _____

Número total de días en la guardería: _____

B. Hitos del desarrollo

Escriba la edad en que su hijo logró lo siguiente, si lo sabe.

MOTOR

Levantarse sobre los antebrazos y levantar la cabeza: _____

Volteado de adelante hacia atrás: _____

Volteado de atrás para adelante: _____

Sentado solo: _____

Rastreado: _____

Estaba solo: _____

Caminó sin ayuda: _____

Montaba un triciclo: _____

Anduve en bicicleta: _____



**LENGUAJE Y HABILIDADES
SOCIALES**

Sonreí en respuesta a verte: _____

Habló las primeras palabras: _____

Habló dos palabras juntas: _____

Hablaba en oraciones completas: _____

¿El habla es adecuado para la edad? _____

¿Entiende su hijo como
así como otros niños de su edad? _____

Logopedia (si la hay): _____

MOTOR FINO Y COORDINACIÓN

Agarrado por objetos: _____

Alimentarse a sí mismo: _____

Atar sus propios cordones: _____

Abotona tu propia ropa: _____

EDUCACIÓN/ESCOLAR

El nivel escolar actual de su hijo: _____

¿Algún problema específico o
terapias requeridas en la escuela? _____

C. HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Están vivas ambas padres? _____

¿Hay alguna enfermedad que corre
en la familia? _____



¿Algún familiar con convulsiones?

¿Algún miembro con problemas de aprendizaje?

D. HISTORIA MÉDICA

Indique si su hijo alguna vez tuvo alguna de las siguientes enfermedades o reacciones.

Encefalitis o meningitis:

Operaciones:

Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia:

Convulsiones febriles:

Una reacción alérgica a la medicación.:

En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s):

Otras alergias:

Otros problemas médicos:

E. SÍNTOMAS GENERALES

Indique si su hijo tuvo alguno de los siguientes síntomas.

Problemas con la visión:

Pérdida de la audición:

Grandes cambios de peso:

Náuseas/vómitos persistentes:

Dolores de cabeza:



Mid-Atlantic
EPILEPSY & SLEEP CENTER

Desmayos o apagones: _____

Cambio en la memoria: _____

Hiperactividad: _____

Debilidad en una parte del cuerpo: _____

Temblores o movimiento involuntario: _____

Entumecimiento en una parte del cuerpo: _____

Torpeza o inestabilidad: _____

Fiebre persistente o alta: _____

Erupción cutánea: _____

Dolor en las articulaciones, el cuello o la espalda: _____

Asma: _____

Cambio en los hábitos intestinales y/o vesicales: _____

Sangrado o coagulación: _____



Mid-Atlantic
EPILEPSY & SLEEP CENTER

F. HISTORIAL DE CONVULSIONES

Si su hijo tiene convulsiones, describa un evento típico y con qué frecuencia ocurren actualmente.

G. HISTORIAL DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES

Indique qué medicamentos, si alguno, ha tomado su hijo y cómo respondió.

<u>Medicamento</u>	<u>Edad/Duración</u>	<u>Mejor/Peor/Sin cambios</u>	<u>Efectos secundarios</u> <u>Sí/No</u>
Acetazolamide (Diamox)			
ACTH			
B6 Vitamin (Pyridoxine)			
Cannabidiol (Epidiolex)			
Carbamazepine (Tegretol)			
Clonazepam (Klonopin)			
Clorazepate (Tranxene)			
Diazepam (Valium)			



Mid-Atlantic
EPILEPSY & SLEEP CENTER

<u>Medicamento</u>	<u>Edad/Duración</u>	<u>Mejor/Peor/Sin cambios</u>	<u>Efectos secundarios</u> <u>Sí/No</u>
Ethosuximide (Zarontin)			
Fenfluramine (Fintepla)			
Felbamate (Felbatol)			
Gabapentin (Neurontin)			
Lacosamide (Vimpat)			
Lamotrigine (Lamictal)			
Levetiracetam (Keppra)			
Lorazepam (Ativan)			
Oxcarbazepine(Trileptal)			
Perampanel (Fycompa)			
Phenobarbital (Luminal)			
Phenytoin (Dilantin)			
Prednisone			
Pregabalin (Lyrica)			
Primidone (Mysoline)			
Rufinamide (Banzel)			
Tiagabine (Gabitril)			
Topiramate (Topamax)			
Valproic Acid (Depakene/Depakote)			
Zonisamide (Zonegran)			
¿Otras?			

*Gracias por su tiempo en proporcionar esta información.
¡Esperamos verte!*