



Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Cuestionario Inicial de Healthy Choices Clinic

Para poder desarrollar una evaluación y plan de manejo con usted que esté de acuerdo a las necesidades de su niño es importante saber más acerca de su niño. Le agradecemos de antemano por completar este cuestionario informativo y enviárnoslo antes de su cita.

Favor de enviar via fax (407) 650-7255 o por correo a Healthy Choices Clinic, Nemours Children's Hospital, 13535 Nemours Parkway, Orlando, FL 32827.

Por favor traiga la copia de este cuestionario y cualquier examen de laboratorio el día de la cita.

In developing an assessment and management plan with you that is best tailored to your child's needs, it would be helpful to learn more about your child. Thank you in advance for completing this information packet and sending it back to us prior your visit.

You can return it via facsimile at (407) 650-7255 or mail it to Healthy Choices Clinic, Nemours Children's Hospital, 13535 Nemours Parkway, Orlando, FL 32827.

Please bring a copy of this completed packet and any laboratory test information with you to your child's visit.

Fecha de Hoy/Today's Date: ____ / ____ / ____	Nombre del Paciente/Patient's Name: _____
Nombre de la persona que llena este cuestionario/Respondent's Name: _____	
Relación con el paciente/Relationship to patient: <input type="checkbox"/> Madre/Mother <input type="checkbox"/> Padre/Father <input type="checkbox"/> Paciente/Patient <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____	
Idioma principal que se habla en la casa/Primary language spoken at home:	
<input type="checkbox"/> Inglés/English <input type="checkbox"/> Español/Spanish <input type="checkbox"/> Criollo/Creole <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____	
¿Necesita un intérprete para que le ayude durante sus consultas?/Do we need to arrange for a translator to assist in communication during an office visit?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/Yes	

Datos Demográficos/Demographics

Fecha de Nacimiento del Paciente/Patient's Date of Birth: ____ / ____ / ____	Sexo/Sex: <input type="checkbox"/> Femenino/Female <input type="checkbox"/> Masculino/Male
Raza/Etnicidad del Paciente (Por favor marque todas las que apliquen)/Patient Race/Ethnicity (Please check all that may apply):	
<input type="checkbox"/> Asiática/Asian <input type="checkbox"/> Negra/Black <input type="checkbox"/> Hispana/Latina/Hispanic/Latino	
<input type="checkbox"/> Isla Pacífica/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanca/White <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____	
Nombre de los Padres (o persona a cargo del paciente): Parents' (or other Primary Care Givers') Names:	Relación con el paciente (padre,abuelo, otro): Relationship (parent, grandparent, other):
_____	_____
_____	_____

Comunicación Electrónica/Electronic Communications

¿Le podemos enviar usted a o a su niño comunicaciones o recordatorios electrónicos?/Can we send you and/or your child electronic communications/reminders?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/Yes
Mensajes de texto para el paciente/Patient text messaging: # de Celular/Mobile #: (_____) _____ - _____
Compañía/Carrier: <input type="checkbox"/> AT&T <input type="checkbox"/> MetroPCS <input type="checkbox"/> Sprint <input type="checkbox"/> T-Mobile <input type="checkbox"/> Verizon <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____
Correo electrónico del paciente/Patient email: _____
Correo electrónico de los padres/Parent email(s): _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Preocupaciones Actuales/Current Concerns

¿Cuándo se comenzó a preocupar por el **peso** de su niño?/When did your child's **weight** first become a concern?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infancia (< 12 meses)
Infancy (< 12 months old) | <input type="checkbox"/> Párvulo (Niño)(12 - 36 meses)
Toddlerhood (12 - 36 months) | <input type="checkbox"/> Edad Pre-escolar (36 - 60 meses)
Preschool age (36 - 60 months) |
| <input type="checkbox"/> Niñez Temprana (5 – 9 años)
Early childhood (5 - 9 years old) | <input type="checkbox"/> Pre-adolescencia (10 – 12 años)
Pre-teen (10 - 12 years old) | <input type="checkbox"/> Adolescencia (13 - 18 años)
Adolescence (13 - 18 years old) |

¿Cómo describiría el **aumento de peso** de su niño?/How would you characterize your child's **weight gain**?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gradual a través de los años
Gradual over years | <input type="checkbox"/> Rápido en _____ (#) meses
Rapid over _____ (#) months | <input type="checkbox"/> Han habido ciclos de aumento y pérdida de peso
There were cycles of weight gain & loss | <input type="checkbox"/> Otro: _____
Other |
|---|---|--|---|

¿Cómo describiría el crecimiento en **estatura** de su niño en los últimos años?/How would you describe your child's growth in **height** over the last few years?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Similar a otros niños
Similar to other children | <input type="checkbox"/> Más lento que otros niños
Slower than other children | <input type="checkbox"/> Más rápido que otros niños
Faster than other children |
|---|--|---|

¿Qué medidas usted o su niño han tratado para manejar su peso?/What actions have you or your child tried to manage their weight?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todavía nada/Nothing yet | <input type="checkbox"/> Dieta propia/Self-directed diet | <input type="checkbox"/> Consulta con nutricionista/dietista/Nutritionist/Dietitian consultation |
| <input type="checkbox"/> Programa de ejercicio/Exercise program | <input type="checkbox"/> Programa de dieta comercial/Commercial diet program (Weight Watchers®, Atkins®, Jenny Craig®): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Medication: _____ | <input type="checkbox"/> Suplementos dietéticos o naturistas/Dietary/herbal supplements: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico/Surgical procedure | <input type="checkbox"/> Se induce el vómito/Made herself/himself vomit | |
| <input type="checkbox"/> Trató de ayunar/omite comidas/Tried fasting/skipping meals | <input type="checkbox"/> Otro/Other: _____ | |

¿Qué ha funcionado para manejar o controlar el peso de su niño?/What has worked to manage/control your child's weight?

¿Qué **no** ha funcionado para manejar o controlar el peso de su niño?/What has **not** worked to manage/control your child's weight?

¿Tiene su niño metas específicas acerca de la pérdida de peso o nivel de actividad?/Does your child have specific goals around weight loss or level of activity?

- No Sí/Yes

Si es así, ¿qué quiere lograr su niño?/If so, what does your child want to achieve?

¿Como padre (o persona encargada del niño), cuáles son sus objetivos acerca del peso de su niño o nivel de actividad?/As a parent (or other caregiver), what are **your** goals around your child's weight or activity level?

¿Qué es lo que más le preocupa con relación al peso de su niño y nivel de actividad?/Concerning your child's weight and activity level, what worries you the most?

Problemas de peso que se desarrollan comúnmente con el tiempo. ¿Hubo alguna preocupación específica o incidente que lo está impulsando ahora a buscar ayuda?/Weight problems commonly develop over time. Was there some specific concern or incident that is prompting you to seek help now? No Sí/Yes

Si es así, por favor describa/If so, please describe:

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Medicamentos/Medications

Por favor enumere cualquier medicamento de venta libre que su niño haya tomado en las últimas semanas.
Please list any over-the-counter medications your child has taken in the last few weeks?

Por favor enumere cualquier medicamento prescrito (incluyendo pastillas anticonceptivas y terapia hormonal) que haya tomado en las últimas semanas. Use la parte posterior de la página si necesita añadir más medicinas./Please list any prescription medications (including birth control pills or hormonal therapy) taken in the last few weeks? Use back side of page for additional medications.

Por favor enumere cualquier alergia a medicamentos/Please list any allergies to medications: _____

¿Tiene su niño alergias del medio ambiente, tales como:/Does your child have environmental allergies, such as:

Rinitis alérgica o alergias a cambios de clima/Hay fever/seasonal allergies Polvo/Dust Moho/Mold Otro/Other: _____

¿Toma su niño vitaminas, minerales u otro suplemento dietético o naturista (por ejemplo polvos proteínicos)? No Sí/Yes
Does your child take a vitamin, mineral, herbal, or other dietary supplement (for example, protein powders)?

Si es así, ¿cuál es el nombre del suplemento?/If so, what is the name of the supplement? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia lo toma?/How much and how often is it taken? _____

Historia de Nacimiento/Birth History

Peso al nacer/Birth weight: _____ (#) Libras/pounds _____ (#) Onzas/ounces Medida al nacer/Birth length: _____ (#) pulgadas/inches

Duración del embarazo en semanas/Length of pregnancy in weeks: _____ # de semanas/# weeks

(Nota: Nueve meses = 40 semanas; Prematuro < 38 semanas; Posmaduro > 40 semanas/Note: Nine months = 40 weeks; Premature < 38 weeks; Post mature > 40 weeks)

Parto/Delivery method:

Cesárea/Cesarean Section Parto Vaginal (Inducido/Programado)/Vaginal Delivery (Induced/Scheduled) Parto Vaginal (Espontáneo)/Vaginal Delivery (Spontaneous)

Alimentación de bebé/Nourishment when an infant:

Amamantó hasta _____ semanas/Breast-fed until _____ weeks Fórmula/Formula Ambos, leche materna y fórmula/Both Breast-fed & Formula

Madre tuvo diabetes gestacional durante el embarazo/Mother had gestational diabetes during pregnancy: No Sí/Yes

Por favor describa cualquier problema durante el parto o después del nacimiento/Please describe any problems during delivery or following birth: _____

Historia Médica/Medical History

¿Ha sido su niño tratado por alguna de las siguientes condiciones?/Has your child previously been treated for any of these medical conditions?

No ha habido historia médica significativa/No significant past medical history

Preocupaciones Psicosociales/Psychosocial concerns:

Ansiedad/Anxiety Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad (ADHD)/Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Depresión/Depression

Trastornos de la alimentación (Sobrealimentación compulsiva, bulimia, anorexia, comelón)/Eating disorder (Compulsive overeating, bulimia, anorexia, binge eating)

Otro/Other: _____

Diabetes:

Tipo II, Resistente a la insulina/Type II, insulin resistant Tipo I, tipo juvenil/Type I, juvenile type

Preocupaciones con el corazón/Heart concerns:

Soplo en el corazón/Heart murmur Problemas del corazón/Heart problem: _____

Infecciones en el pecho/Chest infections:

Neumonía/Pneumonia Bronquitis/Bronchitis

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Historia Médica/Past Medical History

Problemas de respiración/Breathing problems:

Asma/Asthma Apnea de sueño/Sleep apnea Otros problemas de respiración/Other breathing problems: _____

Presión arterial alta/High blood pressure

Colesterol u otros lípidos altos/High cholesterol or other lipids

Enfermedad de la tiroides/Thyroid disease

Enfermedad de la vesícula o hígado/Liver/gall bladder disease

Problemas de los riñones/Kidney problems

Problemas de sueño (Apnea de sueño o rastornos respiratorios durante el sueño)/Sleep problems (sleep apnea/sleep disordered breathing)

Irregularidades menstruales/Menstrual irregularities

Acidez estomacal o reflujo/Heartburn/reflux

Otras condiciones/Other conditions: _____

Historia Quirúrgica/Surgical History

¿Ha tenido su niño cirugías en el pasado y cuándo fueron realizadas?/Did your child have any past surgeries and when?

No ha tenido Apendicectomía (__ / __) Amigdalectomía (__ / __) Adenoidectomía (__ / __)
No past surgery Appendectomy Tonsillectomy Adenoidectomy

Tubos en el oído (__ / __) Otro: _____ (__ / __)
Ear tubes Other

Historia Social/Social History

¿Quién vive en la casa con el niño? Por favor describa la relación (madre, padre, hermana,..) y sus edades?
Who lives in the household with the child? Please describe relationship (mother, father, sister, ...) and their age.

¿Qué mascotas tiene en la casa?/What pets are at the home? Perro/Dog Gato/Cat Otro/Other: _____

¿Se queda su niño en forma regular con otra persona que lo cuide (ej: abuelo)?/Does your child regularly stay with another caregiver (e.g., grandparent)?

No Sí, por favor describa/Yes, please describe: _____

De lo siguiente, ¿qué se encuentra en la habitación de su niño?/Which of the following can be found in your child's bedroom?

Televisión/Television Radio Computador/Computer Juegos de video/Video games

¿Cómo es el desempeño de su niño en la escuela?/How is your child doing in school?

Promedio Sobresaliente Algunos problemas de aprendizaje Otro: _____
Average Excelling in academics Some learning problems Otro

¿A qué escuela asiste su niño?/What school does your child attend? _____ Grado actual/Current grade in school: _____

¿Tiene programas especiales de aprendizaje?/Are there any special learning accommodations? No Sí, por favor describa/Yes, please describe: _____

¿Atiende su niño algún programa después de la escuela?/Does your child attend an after-school or "after-care" program? No Sí, por favor describa/Yes, please describe: _____

Historia de Actividad/Activity History

¿Cuánto tiempo en promedio diario pasa en frente de la pantalla (televisión, videos, MTV, Nintendo/X-box, Internet, mensajes instantáneos/correo electrónico u otras actividades en el computador)?/On average, how much time each day is spent in front of a screen (television, videos, MTV, Nintendo/X-box, Internet, instant messaging/emailing, or other computer activities)?

____ (#) promedio de horas al día durante los días de escuela/(#) hours per day on average during school days

____ (#) promedio de horas al día durante los fines de semana o festivos/(#) hours per day on average during weekends or holidays

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Historia de Actividad/Activity History

¿En qué clase de actividad física o actividades participa su hijo?/What kind of physical activity/activities does your child participate in?

¿Cuántos días a la semana su hijo participa en cualquier actividad física?/How many days per week does your child participate in any physical activity?

Ninguno/None _____ días a la semana/days/week

Por favor describa la(s) actividad(es) y aproximadamente la cantidad de tiempo que su niño dedica haciendo esta(s) actividad(es):

Please describe the activity/activities and approximate amount of time your child spends when doing the activity:

¿Ha sufrido su niño alguna vez lo siguiente durante o después de actividad física?/Has your child ever experienced the following during or after physical activity?

Desmayo/Fainting (passing out) Mareo/Dizziness Dolor en el pecho/Chest pains Dificultad para respirar/Trouble breathing

Hábitos Alimenticios/Eating Habits

¿Cuántos días a la semana su niño desayuna?/How many days a week does your child eat breakfast? _____ (#) días a la semana/days/week

¿Come su niño el desayuno que preparan en la escuela?/Does your child eat school-prepared breakfast? No Si es así/Yes, if so _____ (#) días a la semana/days/week

¿Cuántos días a la semana su niño almuerza?/How many days a week does your child eat lunch? _____ (#) días a la semana/days/week

¿Come su niño el almuerzo que prepara la escuela?/Does your child eat school-prepared lunch? No Si es así/Yes, if so _____ (#) días a la semana/days/week

¿Cuántas veces a la semana su niño come en restaurante de comida rápida o comida para llevar?

How many times per week does your child eat a meal from a fast food restaurant or eat take-out food?

_____ (#) veces a la semana, ¿cuáles son sus favoritos?/(#) times in a week; What are your favorites? _____

¿Cuántas veces a la semana su niño participa en las comidas con la familia?/How many times per week does your child join the family in eating a meal together?

_____ (#) veces a la semana/(#) times in a week

En un día típico, ¿qué cantidad de frutas come?/On a typical day, what amounts of fruits are eaten?

Nunca/Never _____ (#) porciones (1/2 taza = una porción)/servings (1/2 cup = one serving)

En un día típico, ¿qué cantidad de verduras come?/On a typical day, what amounts of vegetables are eaten?

Nunca/Never _____ (#) porciones (1/2 taza = una porción)/servings (1/2 cup = one serving)

¿Qué toma su niño cuando tiene sed?/What does your child drink for thirst? _____

En promedio diario, ¿cuántas raciones de 8 onzas (vasos, latas o botellas) de soda **regular** consume su niño?

How many 8 oz servings (glasses, cans or bottles) of **regular** soda does your child drink in a typical day?

Ninguna/None _____ (#) raciones en un día/(#) servings in a day

En promedio diario, ¿cuántas raciones de 8 onzas (vasos, latas o botellas) de **jugos de frutas** consume su niño?

How many 8 oz servings (glasses, cans or bottles) of **fruit juice** does your child drink in a typical day?

Ninguna/None _____ (#) raciones en un día/(#) servings in a day

En promedio diario, ¿cuántas raciones de 8 onzas (vasos, latas o botellas) de cualquier **otra bebida azucarada** (ej: Gatorade®, Kool Aid®, etc.) consume su niño?

How many 8 oz servings (glasses, cans or bottles) of **other sweetened beverages** (e.g. Gatorade®, Kool Aid®, etc.) does your child drink in a typical day?

Ninguna/None _____ (#) raciones en un día/(#) servings in a day

En promedio diario, ¿cuántas raciones de 8 onzas (vasos) de las siguientes bebidas consume su niño?

How many 8 oz servings (glasses) of the following does your child drink in a typical day?

_____ (#) raciones de leche entera/(#) servings of whole milk

_____ (#) raciones de leche achocolatada/(#) servings of chocolate milk

_____ (#) raciones de leche con sabor/(#) servings of other flavored milk

_____ (#) raciones de leche baja en grasa 2%/(#) servings of 2% (reduced fat) milk

_____ (#) raciones de leche baja en grasa 1% o sin grasa/(#) servings of 1% (low fat) or skim (fat free) milk

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Sleep/Sueño

En una noche típica, ¿sufre su niño algo de lo siguiente?/In a typical night, does your child experience any of the following:

Ronca Pausas en la respiración durante el sueño Sueño inquieto (Se mueve frecuentemente) Generalmente se duerme tarde; a qué horas: _____
 Snoring Breathing pauses during sleep Restless sleep (frequent moving) Usually falls asleep late; what time:

¿Cuál es el ritual habitual a la hora de acostarse de su niño (lo que hace antes de dormirse)?
 What is your child's usual bedtime ritual (the things done prior to falling asleep)?

¿Cómo se siente su niño cuando se despierta en la mañana?/When your child wakes up in the morning, how does your child feel?

Generalmente fresco y descansado/Commonly refreshed and rested Generalmente se despierta cansado/Commonly awakens tired
 Generalmente se despierta con dolor de cabeza/Commonly awakens with a headache Otro/Other: _____

Cansancio durante el día/Daytime Sleepiness

En las siguientes situaciones, ¿cuál es la probabilidad de que su niño se adormezca o se duerma?
 In the following situations, what is the chance your child would doze off or fall asleep?

Por favor marque una casilla por fila Please check one box per line	Nunca Never	Baja probabilidad Slight chance	Posibilidad moderada Moderate chance	Alta posibilidad High chance
Sentado y leyendo Sitting and reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo TV Watching TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado, inactivo en un lugar público (ej: teatro o una reunión) Sitting, inactive in a public place (e.g., theater or a meeting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un carro sin parar por una hora As passenger in a car for an hour without a break	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostado descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado y hablando con alguien Sitting and talking to someone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilamente después de almuerzo Sitting quietly after a lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el carro, mientras para por algunos minutos por tráfico In a car, while stopped for a few minutes in traffic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padres (u otra persona a cargo)/Parents (or other primary caregiver)

Relación/Relationship	Estatura/Height	Peso Aprox/Approximate Weight
(ej: Madre/e.g., Mother)	_____ Pies/feet _____ Pulgadas/inches	_____ Libras/pounds
(ej: Padre/e.g., Father)	_____ Pies/feet _____ Pulgadas/inches	_____ Libras/pounds

Historia Familiar/Family History:

Historia familiar no disponible/No family history available Adoptado/Adopted Cuidado externo/Foster care

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

NOTA: Solo familiares consanguíneos deben ponerse en referencia en esta sección.

	Madre Mother	Padre Father	Hermana Sister	Hermano Brother	Abuela de parte de madre Mother's side Grand- mother	Abuelo de parte de madre Mother's side Grand- father	Abuela de parte de padre Father's side Grand- mother	Abuelo de parte de padre Father's side Grand- father	Tía parte de madre Mother's side Aunt	Tío parte de madre Mother's side Uncle	Tía parte de padre Father's side Aunt	Tío parte de padre Father's side Uncle	Otro (por favor especifique) Other (please specify)
Enfermedad del corazón/Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derrame cerebral/Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión/Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lípidos/Lipids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobrepeso u obesidad/Overweight/obesity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transtorno del sueño/Sleep disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes Tipo I/Diabetes Type I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes Tipo II/Diabetes Type II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Tipo desconocido)/ Diabetes (type unknown)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de los riñones/ Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del hígado o vesícula/ Liver/gallbladder disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de la audición congénita/ Congenital hearing loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia/Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de sangrado/ Bleeding problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia de células falciformes/ Sickle cell anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

	Madre Mother	Padre Father	Hermana Sister	Hermano Brother	Abuela de parte de madre Mother's side Grand- mother	Abuelo de parte de madre Mother's side Grand- father	Abuela de parte de padre Father's side Grand- mother	Abuelo de parte de padre Father's side Grand- father	Tía parte de madre Mother's side Aunt	Tío parte de madre Mother's side Uncle	Tía parte de padre Father's side Aunt	Tío parte de padre Father's side Uncle	Otro (por favor especifique) Other (please specify)
Cáncer/Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas con la anestesia/ Anesthesia problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad mental/Mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad de aprendizaje/ Learning disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome genético/Genetic syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra historia familiar importante/ Other significant family history													

Gracias por proveernos esta información.

Usted puede devolver este cuestionario vía fax (407) 650-7255 o por correo a Healthy Choices Clinic, Nemours Children's Hospital, 13535 Nemours Parkway, Orlando, FL 32827.

Thank you for providing this information.

You can return this packet via facsimile at (407) 650-7255 or mail it to Healthy Choices Clinic, Nemours Children's Hospital, 13535 Nemours Parkway, Orlando, FL 32827.