



CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTES DE GENÉTICA

INSTRUCCIONES:

Antes de programar su cita, conteste este formulario lo más completamente posible y envíelo por fax o por correo con la información que aparece en la parte superior de la página. **Podrá ingresar la información en los campos de este formulario y guardar el documento.** Si se demora en enviar este formulario, quizás haya que posponer su cita a una fecha posterior.

FECHA: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MÉDICO PRINCIPAL: _____

MÉDICO REMITENTE (si es diferente): _____

PROBLEMA O PREOCUPACIÓN QUE REQUIERA UN GENETISTA: _____

Antecedentes del parto

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

A término sí no (En caso negativo: __ semanas/días). Puntuaciones de APGAR _____

Parto: vaginal o cesárea Motivo: _____

Procedimientos: Biopsia de vellosidades coriónicas, amniocentesis: _____

Medicamentos, enfermedades, exposiciones durante el embarazo: _____

Embarazo de la madre:

Sin complicaciones

Complicaciones:

Complicaciones posnatales (después del nacimiento)

Ninguna

Complicaciones:

Otras notas: _____

Antecedentes del desarrollo

Se volteó a los: _____ Se sentó a los: _____ Gateó a los: _____

Se agarró para levantarse: _____ Caminó a los: _____ Dijo las primeras palabras: _____

¿Alguna regresión del habla? _____

¿Servicios de fisioterapia o terapia del habla, ocupacional o de otro tipo? _____

Comportamiento / socialización

Promedio/típico

Anormal (en este caso, continúe abajo)

CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTES DE GENÉTICA

¿Hay antecedentes de alguna de las siguientes situaciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poco contacto visual | <input type="checkbox"/> Falta de interés en interactuar con sus iguales |
| <input type="checkbox"/> Retraso del habla | <input type="checkbox"/> Repetición de palabras o frases |
| <input type="checkbox"/> Cabezazos | <input type="checkbox"/> Dificultad para pasar de una actividad a otra |
| <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos (batir las manos, girar) | <input type="checkbox"/> Rechazo a la comida o texturas |
| <input type="checkbox"/> Fascinación con ciertos objetos o partes de objetos | <input type="checkbox"/> Regresión del desarrollo |

Desempeño escolar académico

- Excelente **Nombre de la escuela:** _____
 Promedio **Grado:** _____
 Malo **Tipo de clase:** Avanzada Normal Educación especial

¿Discapacidad del aprendizaje? Sí No

¿Qué áreas le resultan difíciles?

Antecedentes médicos

Ingresos hospitalarios

Cuándo y por qué:

Operaciones

Cuándo y por qué: _____

- | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> con fiebre o | <input type="checkbox"/> sin fiebre | <input type="checkbox"/> Acidosis |
| <input type="checkbox"/> Espasmos del llanto | | | <input type="checkbox"/> Cetosis |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | | | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia o bajos niveles de azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión/ceguera | | | |

Otras evaluaciones con especialistas (endocrinología, neurología, cardiología, etc.)

Cuándo y por qué:

¿Alguna evaluación previa por un genetista? Sí No

Cuándo y por qué:

¿Alguna prueba genética previa? Sí No

Sírvase resumir los resultados conocidos:

CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTES DE GENÉTICA

¿Estudios previos por imágenes (ecocardiografía, ecografía, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, endoscopia, etc.)?

Sí No

Cuándo y por qué:

Resultados:

Medicamentos

Nombre	Fecha en que se recetó	Razón por la que lo toma

Alergias: _____

Antecedentes familiares

¿Ha tenido algún pariente alguna de las siguientes afecciones?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Trastornos o enfermedades musculares |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Enfermedades psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Disfunción/discapacidad intelectual |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de inicio temprano, o algún cáncer insólito | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares antes de los 40 años de edad |
| <input type="checkbox"/> Aneurismas | <input type="checkbox"/> Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos |
| <input type="checkbox"/> Muertes prematuras en la infancia | <input type="checkbox"/> Muertes intrauterinas |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Sordera o pérdida de la audición |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunitarias | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos (incluidos los internos) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno genético o heredado conocido | <input type="checkbox"/> Otra afección no mencionada que considerar |

Explique brevemente todas las casillas que haya marcado arriba:

Antecedentes sociales

¿Dónde vive el paciente (hogar, centro de cuidados, etc.)?: _____

¿Quién más vive con el paciente? _____

Profesión del paciente: _____

Profesiones del padre/madre/cuidador: _____

¿Alguna mudanza reciente o eventos vitales importantes en la familia que puedan afectar la salud?

CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTES DE GENÉTICA

¿Son parientes consanguíneos la madre y el padre del paciente (tienen antepasados en común)? Sí No

Si es así, ¿cuál es su parentesco? _____

Familiar	Edad	Afección médica pertinente	Origen étnico
Padre			
Madre			
Hermano 1.			
Hermano 2.			
Hermano 3.			
Hermano 4.			
Hermano (otros)			
Hermana 1.			
Hermana 2.			
Hermana 3.			
Hermana 4.			
Hermana (otras):			
Hijo/a 1.			
Hijo/a 2.			
Hijo/a 3.			
Hijo/a 4.			
Hijo/a (otros):			
Abuelo paterno			
Abuela paterna			
Abuelo materno			
Abuela materna			
Parientes más lejanos 1.			
Parientes más lejanos 2.			
Parientes más lejanos 3.			
Parientes más lejanos 4.			

CUESTIONARIO PARA NUEVOS PACIENTES DE GENÉTICA

Revisión de sistemas

Indique cualquier trastorno, inquietud o problema de salud que el paciente tenga en cualquiera de las siguientes áreas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud general, bienestar, estatura o peso | <input type="checkbox"/> Cardiovasculares / corazón |
| <input type="checkbox"/> Orejas/audición, nariz, boca, garganta | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales / GI / estómago / intestinos |
| <input type="checkbox"/> Respiratorios / pulmones / respiración | <input type="checkbox"/> Piel / pelo / uñas |
| <input type="checkbox"/> Músculos / esqueleto / huesos / articulaciones | <input type="checkbox"/> Psiquiátricos / salud mental |
| <input type="checkbox"/> Neurológicos / cerebro / desarrollo | <input type="checkbox"/> Hematológicos / sangre / cáncer |
| <input type="checkbox"/> Endocrinos / hormonas / pubertad | <input type="checkbox"/> Inmunológicos / infecciones / alergias |
| <input type="checkbox"/> Linfáticos / Retención de líquido en el cuerpo o los tejidos | <input type="checkbox"/> Genitales / vejiga / riñón / urinarios |
| <input type="checkbox"/> Ojos o visión | <input type="checkbox"/> Otros |

Explique brevemente todas las casillas que haya marcado arriba:

Formulario llenado por: _____
Parentesco o relación con el paciente: _____

En caso de que tengamos preguntas sobre este formulario, indique el mejor momento en que nuestro asesor genético puede comunicarse con usted como se describe abajo:

Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted: _____
 Domicilio Trabajo Celular

Gracias por tomarse el tiempo de contestar este cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a que en su próxima cita dediquemos nuestra atención específicamente a sus necesidades.

Jacqueline Chui, MS, LCGC
Asesora Genética

Eric A. Muller II, MD, PhD
Genetista Clínico

