



**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.**

**Karli Blocker, MS, LCGC**  
Asesora Genética

**Eric A. Muller II, MD, PhD**  
Genetista Clínico

