

## TALLER DE EVALUACIÓN FÍSICO (1 AÑO)

Operación	En este último año se le practicó a su hijo alguna operación.	NO	SI
Enfermedades	En este último año, su hijo estuvo enfermo más de una semana	NO	SI
	En este último año, su hijo tomó medicamentos más de diez días	NO	SI
Alergia	En este último año su hijo tuvo:		
	Alguna alergia	NO	SI
	Alergia a picaduras de insectos	NO	SI
	Urticaria	NO	SI
	Alergia a medicamentos	NO	SI
Accidente	En este último año, su hijo tuvo algún accidente	NO	SI
Antecedentes físi- cos	El niño tiene padres, hermanos o parientes cercanos con alguna de estas enfermedades:		
	Diabetes	NO	SI
	Alergias	NO	SI
	Obesidad	NO	SI
	Hipertensión	NO	SI
	Colesterol alto	NO	SI
	Problemas de vista	NO	SI
	Retardo mental	NO	SI
	Problemas cardíacos	NO	SI
	Problemas respiratorios	NO	SI
	Fumadores	NO	SI
	Convulsiones	NO	SI
	Cólicos intestinales	NO	SI
	Epilepsia	NO	SI
	Malformaciones	NO	SI
	Problemas para oír	NO	SI
Enfermedades de la sangre (leucemias, hemofilia,anemias)	NO	SI	
Cardíacos	Durante este último año, Ud. notó que su hijo:		
	Se "pusiera azul" ante un esfuerzo	NO	SI
	Tuviera palpitaciones	NO	SI
	Desmayos con un esfuerzo	NO	SI
	Se agitara al realizar algún esfuerzo	NO	SI

Digestivos	Durante este último año, su hijo tuvo algunos problemas digestivos:.			
	Dificultad al tragar	NO	SI	
	Malestar en el pecho al tragar	NO	SI	
	"Llagas en la boca, en forma continua"	NO	SI	
	Vómitos en forma continua	NO	SI	
	Dolores de estómago o de abdomen	NO	SI	
	diarreas	NO	SI	
	Las deposiciones son anormales	NO	SI	
	Parásitos	NO	SI	
	Sangre en la materia fecal	NO	SI	
	Problemas para ir al baño	NO	SI	
	Alergia a alguna comida	NO	SI	
Estudios complementarios	Le realizó a su hijo, este último año, alguna radiografía o análisis de sangre		NO	SI
Huesos y articulaciones	En este último año, su hijo tuvo alguno de estos problemas de huesos o articulaciones			
	Hinchazones	NO	SI	
	Cojera	NO	SI	
	Dolor en los huesos	NO	SI	
	Esguinces	NO	SI	
	Roturas de ligamentos	NO	SI	
	Fracturas	NO	SI	
	Problemas en el pie (pie cavo, plano)	NO	SI	
	Dolor de columna	NO	SI	
	Dolor de rodilla	NO	SI	
	Enfermedades reumáticas	NO	SI	
	Infecciones	En este último año, su hijo tuvo:		
Infecciones genitales continuadas		NO	SI	
Hemorragia vaginal (si es mujer):		NO	SI	
Otitis continuas		NO	SI	
Infecciones comunes	En éste último año, su hijo tuvo alguna de estas enfermedades:			
	Sarampión	NO	SI	
	Rubéola	NO	SI	
	Papera	NO	SI	

	Tos convulsa	NO	SI
	Varicela	NO	SI
	Escarlatina	NO	SI
	Hepatitis	NO	SI
	Mononucleosis	NO	SI

Neurológicos	En este último año, su hijo, tuvo alguno de estos problemas neurológicos:		
	Convulsiones	NO	SI
	Temblores en las manos	NO	SI
	Tic nervioso	NO	SI
	Dolores de cabeza seguidos	NO	SI
	Mala audición	NO	SI
	Traumatismo	NO	SI
	Trastornos en la marcha	NO	SI
	Trastornos del equilibrio	NO	SI
	Mareos	NO	SI
	Desmayos	NO	SI

Piel	En este último año, tuvo su hijo alguno de estos problemas en la piel:		
	Eccemas	NO	SI
	Caída del cabello	NO	SI
	Descamaciones	NO	SI

Respiratorio	En este último año, su hijo tuvo alguno de estos problemas respiratorios:		
	Más de tres anginas	NO	SI
	Tres o cuatro otitis	NO	SI
	Tres o cuatro bronquitis	NO	SI
	Tos a repetición	NO	SI
	Laringitis a repetición "tos de perro"	NO	SI
	Sudoraciones nocturnas excesivas	NO	SI
	Dolor de pecho	NO	SI
	Dolor de garganta	NO	SI
	"Se le cerró el pecho y le hacía ruido en más de tres oportunidades"	NO	SI
	Duerme con la boca abierta	NO	SI
	Respira por la boca	NO	SI
	Ronca	NO	SI

Respiratorio	Moja mucho la almohada con saliva.	NO	SI
Sangre	Durante este último año, su hijo tuvo algún problema relacionado con la sangre:		
	Sangrado nasal excesivo	NO	SI
	Hemorragia dentaria	NO	SI
	Irritabilidad	NO	SI
	Anemia	NO	SI
	Tomó hierro	NO	SI
	Ganglios o bolitas en algún lugar del cuerpo	NO	SI
Transfusiones	NO	SI	
Urológicos	En este último año, Ud. notó que su hijo tuvo alguno de estos problemas urológicos:		
	Infecciones urinarias seguidas	NO	SI
	Ardor al orinar	NO	SI
	Chorro miccional sin fuerza (varones)	NO	SI
	Orina mucho	NO	SI
	Orina oscuro	NO	SI
	Pies hinchados	NO	SI
Vista	En este último año, su hijo tuvo alguno de esto problemas de vista:		
	Movimientos de los ojos	NO	SI
	Conjuntivitis	NO	SI
	Cree que ve bien	SI	NO
	Usa anteojos	NO	SI
Otros	NO	SI	
Fiebre	Tuvo alguna quemadura o fiebre desconocida	NO	SI
Glándula	En este último año, le encontró a su hijo algún problema "glandular"	NO	SI
Aparato genital	En este último año, su hijo tuvo:	NO	SI
	Hemorragia vaginal	NO	SI