

## Taller de Evaluación Física (14 Años)

<b>Operación</b>	1	En este último año se le practicó a su hijo alguna operación.	NO	SI
<b>internaciones</b>	2	En este último año estuvo internado alguna vez.	NO	SI
<b>Enfermedades</b>	3	En este último año, su hijo estuvo enfermo más de una semana.	NO	SI
	4	En este último año, su hijo tomó medicamentos más de diez días.	NO	SI
<b>Intoxicaciones</b>	5	En este último año, su hijo tuvo alguna intoxicación.	NO	SI

<b>Alergia</b>	6	Este último año, su hijo tuvo alguna alergia.	NO	SI
	7	Este último año, su hijo tuvo alergia a picaduras de insectos.	NO	SI
	8	Este último año, su hijo tuvo urticaria.	NO	SI

<b>Estado General</b>	9	En este último año, lo noto cansado o débil a su hijo.	NO	SI
	10	En este último año, lo ve sin energía.	NO	SI
	11	En este último año, se lo ve aburrido o aburrída.	NO	SI
	12	En este último año, se lo ve acostado todo el tiempo.	NO	SI
	13	En este último año, lo nota cansado o débil al correr o en educación física.	NO	SI

<b>Accidente</b>	14	En este último año, su hijo tuvo algún accidente.	NO	SI
------------------	----	---	----	----

	15	Tiene antecedentes familiares con diabetes.	NO	SI
	16	Tiene antecedentes familiares con alergias.	NO	SI
	17	Tiene antecedentes familiares con obesidad.	NO	SI
	18	Tiene antecedentes familiares con hipertensión.	NO	SI
	19	Tiene antecedentes familiares con colesterol alto.	NO	SI
	20	Tiene antecedentes familiares con problemas de vista.	NO	SI

<b>Antecedentes Familiares</b>	21	Tiene antecedentes familiares con retardo mentales.	NO	SI
	22	Tiene antecedentes familiares con problemas cardíacos.	NO	SI
	23	Tiene antecedentes familiares con problemas respiratorios.	NO	SI
	24	Tiene antecedentes familiares con fumadores.	NO	SI
	25	Tiene antecedentes familiares con convulsiones.	NO	SI
	26	Tiene antecedentes familiares de cólicos intestinales.	NO	SI
	27	Tiene antecedentes familiares con epilepsia.	NO	SI
	28	Tiene antecedentes familiares con malformaciones.	NO	SI
	29	Tiene antecedentes familiares con Problemas para oír.	NO	SI
	30	Tiene antecedentes familiares con enfermedades de la sangre (leucemias, hemofilia, anemias).	NO	SI

<b>Cardiacos</b>	31	En este último año noto que se “pusiera azul” en algún momento.	NO	SI
	32	En este último año noto que tuviera palpitaciones.	NO	SI
	33	En este último año tuvo desmayos con un esfuerzo.	NO	SI
	34	En este último año, su hijo tuvo dolor torácico.	NO	SI
	35	En este último año noto que se agitara al realizar algún esfuerzo.	NO	SI

<b>Digestivos</b>	36	En este último año tuvo dificultad al tragar.	NO	SI
	37	En este último año tuvo llagas en la boca en forma continua.	NO	SI
	38	En este último año tuvo vómitos en forma continua.	NO	SI
	38	Tuvo reflujo	NO	SI
	39	En este último año tuvo dolores de estómago o de abdomen recurrente	NO	SI
	40	En este último año tuvo diarreas seguidas.	NO	SI
	40	Lo nota con mucha panza	NO	SI
	41	En este último año tuvo deposiciones anormales.	NO	SI
	42	En este último año tuvo parásitos.	NO	SI
	43	En este último año tuvo sangre en la materia fecal.	NO	SI
	43	Se queja cuando va de cuerpo	NO	SI
	43	Estaseco de vientre	NO	SI
	44	En este último año tuvo alergia a alguna comida.	NO	SI

<b>Estudios Complementarios</b>	45	Le realizó a su hijo, este último año, alguna radiografía o análisis de sangre.	NO	SI
---------------------------------	----	---	----	----

<b>Huesos y Articulaciones</b>	46	En este último año, ha notado en su hijo hinchazones.	NO	SI
	46	Tuvo dolor en alguna articulación	NO	SI
	47	Ha notado que su hijo sufra alguna cojera.	NO	SI
	48	En este último año, su hijo sufrió esguinces.	NO	SI
	49	En este último año, su hijo tuvo roturas de ligamentos.	NO	SI
	50	En este último año, su hijo sufrió fracturas.	NO	SI
	51	Ha notado que su hijo sufra dolor de espalda.	NO	SI
	52	Ha notado que su hijo sufra dolor de rodilla.	NO	SI
	53	Ha notado que su hijo sufra dolor en las extremidades.	NO	SI
	54	Ha sufrido este año enfermedades reumáticas.	NO	SI

<b>Infecciones</b>	55	Su hijo ha tenido este último año infecciones continuas.	NO	SI
	56	Su hijo ha tenido este último año otitis continuas.	NO	SI
	57	Su hijo ha tenido este último año exantemas.	NO	SI
	58	Su hijo ha tenido este último año rubéola.	NO	SI
	59	Su hijo ha tenido este último año papera.	NO	SI
	60	Su hijo ha tenido este último año parotiditis recurrentes.	NO	SI
	61	Su hijo ha tenido este último año herpes.	NO	SI
	62	Su hijo ha tenido este último año varicela.	NO	SI
	63	Su hijo ha tenido este último año escarlatina.	NO	SI
	64	Su hijo ha tenido este último año hepatitis.	NO	SI
	65	Su hijo tuvo este último año mononucleosis.	NO	SI

<b>Sistema Linfático</b>	66	En este último año, ha notado en su hijo los ganglios hinchados en algún lugar del cuerpo.	NO	SI
--------------------------	----	--	----	----

<b>Neurológicos</b>	67	En este último año, su hijo se ha sentido débil al pararse o caminar.	NO	SI
	68	En este último año, su hijo tuvo convulsiones.	NO	SI
	69	En este último año, su hijo tuvo temblores en las manos.	NO	SI
	70	En este último año, su hijo ha manifestado algún tic nervioso.	NO	SI
	71	En este último año, su hijo ha sufrido dolores de cabeza seguidos.	NO	SI
	72	En este último año, su hijo ha sufrido algún traumatismo.	NO	SI
	73	En este último año, su hijo ha sufrido trastornos en la marcha.	NO	SI
	74	En este último año, su hijo ha sufrido trastornos del equilibrio.	NO	SI
	75	En este último año, su hijo ha sufrido desmayos.	NO	SI

<b>Piel</b>	76	En este último año, su hijo ha tenido eccemas.	NO	SI
	77	En este último año, su hijo ha sufrido caída del cabello.	NO	SI
	78	En este último año, su hijo ha sufrido descamaciones.	NO	SI

<b>Respiratorios</b>	79	En este último año, su hijo tuvo más de tres anginas.	NO	SI
	80	En este último año, su hijo ha tenido neumonías continuas.	NO	SI
	81	En este último año, su hijo ha tenido tres o cuatro bronquitis.	NO	SI
	82	En este último año, su hijo ha tenido tos a repetición.	NO	SI
	83	En este último año, su hijo ha tenido laringitis a repetición "tos de perro".	NO	SI
	84	En este último año, su hijo ha tenido sudoraciones nocturnas excesivas.	NO	SI
	85	En este último año, su hijo ha sufrido disfonía.	NO	SI
	86	En este último año, su hijo ha sufrido dolor de garganta.	NO	SI
	87	En este último año, se le cerró el pecho y le hacía ruido en más de tres oportunidades.	NO	SI
	88	En este último año, su hijo tuvo sangrado nasal.	NO	SI
	89	En este último año, su hijo tuvo sangrado al toser.	NO	SI
	90	En este último año, su hijo ronca.	NO	SI
	91	En este último año, su hijo sufrió de agitación disnea.	NO	SI

	92	En este último año, su hijo ha tenido sangrado nasal excesivo.	NO	SI
--	----	--	----	----

<b>Sangre</b>	93	En este último año, su hijo ha tenido hemorragia dentaria abundante y difícil de cohibir.	NO	SI
	94	En este último año, su hijo ha tenido palidez.	NO	SI
	95	En este último año, su hijo tomó hierro.	NO	SI
	96	En este último año, su hijo ha recibido transfusiones.	NO	SI

<b>Riñón</b>	97	En este último año, su hijo ha sufrido algún padecimiento renal.	NO	SI
--------------	----	--	----	----

<b>Urológicos</b>	98	En este último año, su hijo tuvo infecciones urinarias seguidas.	NO	SI
	99	En este último año, su hijo tuvo ardor al orinar.	NO	SI
	100	En este último año, su hijo sufrió de incontinencia.	NO	SI
	101	En este último año, su hijo orina mucho.	NO	SI
	102	En este último año, su hijo orina oscuro.	NO	SI
	102	Orino alguna vez con sangre	NO	SI
	103	En este último año, su hijo tuvo los pies hinchados.	NO	SI

<b>Vista</b>	104	En este último año, ha notado en su hijo movimientos de los ojos.	NO	SI
	105	En este último año, su hijo tuvo conjuntivitis.	NO	SI
	106	En este último año, cree que su hijo ve bien.	NO	SI
	107	En este último año, su hijo usa anteojos.	NO	SI
	108	En este último año, su hijo tuvo otros problemas en la vista.	NO	SI

<b>Fiebre/quemad.</b>	109	En este último año, su hijo tuvo alguna quemadura o fiebre desconocida.	NO	SI
-----------------------	-----	---	----	----

<b>Glándula</b>	110	En este último año, le encontró a su hijo algún problema "glandular".	NO	SI
-----------------	-----	---	----	----

<b>Desarrollo</b>	111	En este último año, Ud. nota que los órganos de su hijo están bien desarrollados.	NO	SI
-------------------	-----	---	----	----

	112	En este último año, su hijo tuvo infecciones genitales continuadas.	NO	SI
--	-----	---	----	----

<b>Aparato Genital</b>	113	En este último año, su hija tuvo hemorragia vaginal.	NO	SI
	114	En este último año, su hija tuvo trastornos en la menstruación, (si ya comenzó su ciclo )	NO	SI