

Taller de Evaluación Física (2 Años)

Operación	1	En este último año se le practicó a su hijo alguna operación.	NO	SI
internaciones	2	En este último año estuvo internado alguna vez	NO	SI
Enfermedades	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
Intoxicaciones	5	En este último año, su hijo tuvo alguna intoxicación	NO	SI

Alergia	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
	9	Este último año, su hijo tuvo alergia a medicamentos	NO	SI

Accidente	10	En este último año, su hijo tuvo algún accidente	NO	SI
------------------	----	--	----	----

Antecedentes Familiares	11	Tiene antecedentes familiares con Diabetes	NO	SI
	12	Tiene antecedentes familiares con alergias	NO	SI
	13	Tiene antecedentes familiares con obesidad	NO	SI
	14	Tiene antecedentes familiares con Hipertensión	NO	SI
	15	Tiene antecedentes familiares con Colesterol alto	NO	SI
	16	Tiene antecedentes familiares con Problemas de vista	NO	SI
	17	Tiene antecedentes familiares con Retardo mentales	NO	SI
	18	Tiene antecedentes familiares con Problemas cardíacos	NO	SI
	19	Tiene antecedentes familiares con Problemas respiratorios	NO	SI
	20	Tiene antecedentes familiares con Fumadores	NO	SI
	21	Tiene antecedentes familiares con Convulsiones	NO	SI
	22	Tiene antecedentes familiares con Epilepsia	NO	SI
	23	Tiene antecedentes familiares con Malformaciones	NO	SI
	24	Tiene antecedentes familiares con Problemas para oír	NO	SI
25	Tiene antecedentes familiares con Enfermedades de la sangre (leucemias, hemofilia, anemias)	NO	SI	

Cardiacos	26	En este ultimo año noto que Se “pusiera azul” en algun momento	NO	SI
	27	En este ultimo año noto que tuviera palpitaciones	NO	SI
	28	En este ultimo año tuvo Desmayos con un esfuerzo	NO	SI
	29	En este ultimo año noto que se agitara al realizar algún esfuerzo.	NO	SI

Digestivos	30	En este ultimo año tuvo Dificultad al tragar	NO	SI
	31	En este ultimo año tuvo “Llagas en la boca, en forma continua”	NO	SI
	32	En este ultimo año tuvo vómitos en forma continua	NO	SI
	33	En este ultimo año tuvo dolores de estómago o de abdomen recurrente	NO	SI
	34	En este ultimo año tuvo diarreas seguidas	NO	SI
	35	En este ultimo año tuvo deposiciones anormales	NO	SI
	36	En este ultimo año tuvo Parásitos	NO	si
	37	En este ultimo año tuvo sangre en la materia fecal	NO	SI
	38	En este ultimo año tuvo alergia a alguna comida	NO	SI

Estudios Complementarios	39	Le realizó a su hijo, este último año, alguna radiografía o análisis de sangre	NO	SI
---------------------------------	----	--	----	----

Huesos y Articulaciones	40	Ha notado que su hijo sufra alguna cojera	NO	SI
	41	En este Ultimo año, su hijo sufrió fracturas	NO	SI
	42	Ha notado que su hijo sufra algun Problema en la pierna y en el pie (pie cavo, plano)	NO	SI
	43	Ha notado que su hijo sufra dolor de espalda	NO	SI
	44	Ha notado que su hijo sufra dolor de rodilla	NO	SI
	45	Ha notado que su hijo sufra dolor en las extremidades	NO	SI
	46	Ha sufrido este año enfermedades reumáticas	NO	SI

Infecciones	47	Su hijo ha tenido este ultimo año infecciones continuas	NO	SI
	48	Su hijo ha tenido este ultimo año otitis continuas	NO	SI
	49	Su hijo ha tenido este ultimo año exantemas	NO	SI
	50	Su hijo ha tenido este ultimo año rubéola	NO	SI
	51	Su hijo ha tenido este ultimo año papera	NO	SI
	52	Su hijo ha tenido este ultimo año herpes	NO	SI
	53	Su hijo ha tenido este ultimo año varicela	NO	SI
	54	Su hijo ha tenido este ultimo año escarlatina	NO	SI
	55	Su hijo ha tenido este ultimo año hepatitis	NO	SI
	56	su hijo ha tenido este ultimo año mononucleosis	NO	SI

Sistema Linfatico	57	En este ultimo año, Ha notado en su hijo los ganglios hinchados en algun lugar del cuerpo	NO	SI
-------------------	----	---	----	----

Musculos	58	En este ultimo año, su hijo ha sufrido torticollis	NO	SI
----------	----	--	----	----

Neurologicos	59	En este Ultimo año, su hijo se ha sentido debil al pararse o caminar	NO	SI
	60	En este ultimo año, su hijo tuvo convulsiones	NO	SI
	61	En este ultimo año, su hijo tuvo mala audición	NO	SI
	62	¿En este ultimo año, su hijo ha sufrido algun traumatismo	NO	SI
	63	En este ultimo año, su hijo ha sufrido trastornos en la marcha	NO	SI
	64	En este ultimo año, su hijo ha sufrido Trastornos del equilibrio	NO	SI
	65	En este ultimo año, su hijo ha sufrido Desmayos	NO	SI

	66	En este ultimo año, su hijo ha tenido eccemas	NO	SI
--	----	---	----	----

Piel	67	En este ultimo año, su hijo ha sufrido caída del cabello	NO	SI
	68	En este ultimo año, su hijo ha sufrido descamaciones	NO	SI

Respiratorios	69	En este ultimo año, su hijo ha tenido neumonias continuas	NO	SI
	70	En este Ultimo año, su hijo ha tenido tres o cuatro bronquitis	NO	SI
	71	En este ultimo año, Su hijo ha tenido Tos a repetición	NO	SI
	72	¿En este ultimo año, su hijo ha tenido laringitis a repetición “tos de perro”?	NO	SI
	73	En este ultimo año, su hijo ha tenido sudoraciones nocturnas excesivas	NO	SI
	74	En este ultimo año, su hijo ha sufrido disfonia	NO	SI
	75	En este ultimo año, Se le cerró el pecho y le hacía ruido en más de tres oportunidades”	NO	SI
	76	En este Ultimo año, su hijo duerme con la boca abierta	NO	SI
	77	En este ultimo año, su hijo respira por la boca	NO	SI
	78	En este Ultimo año, su hijo ronca	NO	SI
	79	En este ultimo año, su hijo sufrio de agitacion disnea	NO	SI

Sangre	80	En este ultimo año, su hijo ha tenido sangrado nasal excesivo	No	si
	81	En este ultimo año, su hijo ha tenido hemorragia dentaria abundante y difícil de cohibir	No	si
	82	En este ultimo año, su hijo ha tenido palidez	No	si
	83	En este ultimo año, su hijo tomó hierro?	No	si
	84	En este ultimo año, su hijo ha recibido transfusiones	No	si

Urológicos	85	En este Ultimo año, su hijo tuvo Infecciones urinarias seguidas	NO	SI
	86	¿En este ultimo año, su hijo orina mucho	NO	SI
	87	En este ultimo año, su hijo orina oscuro	NO	SI
	88	En este ultimo año, su hijo tuvo los pies hinchados	NO	SI

	89	En este ultimo año, ha notado en su hijo movimientos de los ojos	NO	SI
--	----	--	----	----

Vista	90	En este ultimo año, ha notado en su hijo desviaciones de los ojos	NO	SI
	91	En este Ultimo año, su hijo tuvo Conjuntivitis	NO	SI
	92	En este ultimo año, Cree que su hijo ve bien	NO	SI

Fiebre	93	En este Ultimo año, su hijo tuvo fiebre desconocida	NO	SI
---------------	----	---	----	----

Quemaduras	94	En este Ultimo año, su hijo tuvo alguna quemadura	NO	SI
-------------------	----	---	----	----

Glándula	95	En este último año, le encontró a su hijo algún problema "glandular"	NO	SI
-----------------	----	--	----	----

Aparato Genital	96	En este Ultimo año, su hijo tuvo Infecciones genitales continuadas	NO	SI
------------------------	----	--	----	----