

## Taller de Evaluación Física (1 Año)

<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	Estuvo enfermo más de una semana	NO	SI
	4	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	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

<b>Estado General</b>	10	En este último año noto algún problema de alimentación	NO	SI
-----------------------	----	--------------------------------------------------------	----	----

<b>Accidente</b>	11	En este último año, su hijo tuvo algún accidente	NO	SI
------------------	----	--------------------------------------------------	----	----

<b>Antecedentes Familiares</b>	12	Tiene antecedentes familiares con diabetes	NO	SI
	13	Tiene antecedentes familiares con alergias	NO	SI
	14	Tiene antecedentes familiares con obesidad	NO	SI
	15	Tiene antecedentes familiares con hipertensión	NO	SI
	16	Tiene antecedentes familiares con colesterol alto	NO	SI
	17	Tiene antecedentes familiares con problemas de vista	NO	SI
	18	Tiene antecedentes familiares con retardo mental	NO	SI
	19	Tiene antecedentes familiares con problemas cardíacos	NO	SI
	20	Tiene antecedentes familiares con problemas respiratorios	NO	SI
	21	Tiene antecedentes familiares con fumadores	NO	SI

	22	Tiene antecedentes familiares con convulsiones	NO	SI
	23	Tiene antecedentes familiares con colicos intestinales		
	24	Tiene antecedentes familiares con epilepsia	NO	SI
	25	Tiene antecedentes familiares con malformaciones	NO	SI
	26	Tiene antecedentes familiares con problemas para oír	NO	SI
	27	Tiene antecedentes familiares con Enfermedades de la sangre (leucemias, hemofilia,anemias)	NO	SI

<b>Cardiacos</b>	28	En este ultimo año noto que Se “pusiera azul” en algun momento	NO	SI
------------------	----	----------------------------------------------------------------	----	----

<b>Digestivos</b>	29	En este ultimo año tuvo dificultad al tragar	NO	SI
	30	En este ultimo año tuvo “Llagas en la boca, en forma continua”	NO	SI
	31	En este ultimo año tuvo vómitos en forma continua	NO	SI
	32	En este ultimo año tuvo reflujo	NO	SI
	33	En este ultimo año tuvo diarreas seguidas	NO	SI
	34	En este ultimo año tuvo deposiciones anormales	NO	SI
	35	En este ultimo año tuvo sangre en la materia fecal	NO	si
	36	En este ultimo año tuvo estreñimiento	NO	SI
	37	En este ultimo año tuvo alergia a alguna comida	NO	SI

<b>Estudios Complementarios</b>	38	Le realizó a su hijo, este último año, alguna radiografía o análisis de sangre	NO	SI
---------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------	----	----

<b>huesos y articulaciones</b>	39	En este Ultimo año, su hijo sufrio fracturas	NO	SI
	40	Ha notado que su hijo sufra algun problema en la pierna y en el pie (pie cavo, plano)	NO	SI

<b>Infecciones</b>	41	Su hijo ha tenido este ultimo año infecciones continuas	NO	SI
	42	Su hijo ha tenido este ultimo año otitis continuas	NO	SI
	43	Su hijo ha tenido este ultimo año exantemas	NO	SI
	44	Su hijo ha tenido este ultimo año rubéola	NO	SI
	45	Su hijo ha tenido este ultimo año papera	NO	SI
	46	Su hijo ha tenido este ultimo año herpes	NO	SI

	47	Su hijo ha tenido este ultimo año varicela	NO	SI
	48	Su hijo ha tenido este ultimo año hepatitis	NO	SI

<b>Sistema Linfatico</b>	49	En este ultimo año, ha notado en su hijo los ganglios hinchados en algun lugar del cuerpo	NO	SI
--------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

<b>Musculos</b>	50	En este ultimo año, su hijo ha sufrido torticolis	NO	SI
-----------------	----	---------------------------------------------------	----	----

<b>Neurologicos</b>	51	En este Ultimo año, su hijo se ha sentido debil al pararse o caminar	NO	SI
	52	En este ultimo año, su hijo tuvo convulsiones	NO	SI
	53	En este ultimo año, su hijo tuvo temblores en las manos	NO	SI
	54	En este ultimo año, su hijo tuvo tic nervioso	NO	SI
	55	En este ultimo año, su hijo tuvo mala audicion	NO	SI
	56	En este ultimo año, su hijo ha sufrido algun traumatismo	NO	SI

<b>Piel</b>	57	En este ultimo año, su hijo ha tenido eccemas	NO	SI
	58	En este ultimo año, su hijo ha sufrido caída del cabello	NO	SI
	59	En este ultimo año, a su hijo lo vio amarillo	NO	SI

<b>Respiratorio</b>	60	En este ultimo año, su hijo ha tenido neumonias continuas	NO	SI
	61	En este ultimo año, su hijo ha tenido tres o cuatro bronquitis	NO	SI
	62	En este ultimo año, Su hijo ha tenido tos a repetición	NO	SI
	63	En este Ultimo año, su hijo ha tenido laringitis a repetición "tos de perro"	NO	SI
	64	En este ultimo año, su hijo ha tenido disfonias	NO	SI
	65	En este ultimo año, Se le cerró el pecho y le hacía ruido en más de tres oportunidades"	NO	SI
	66	En este ultimo año, su hijo tuvo sangrado nasal	NO	SI
	67	En este ultimo año, su hijo tuvo sangrado al toser	NO	SI
	68	En este Ultimo Año, su hijo sufrio de agitacion disnea	NO	SI

<b>sangre</b>	69	En este ultimo año, su hijo ha tenido palidez	NO	SI
	70	En este Ultimo año, su hijo tomó hierro	NO	SI
	71	En este ultimo año, su hijo ha recibido transfusiones	NO	SI

<b>Riñon</b>	72	En este último año tuvo algun padecimiento renal	NO	SI
--------------	----	--------------------------------------------------	----	----

<b>Urológicos</b>	73	En este Ultimo año, su hijo tuvo Infecciones urinarias seguidas	NO	SI
	74	En este Ultimo año noto que el chorro miccional era sin fuerza (varones)	NO	SI
	75	En este ultimo año, su hijo orina mucho	NO	SI
	76	En este ultimo año, su hijo orina oscuro	NO	SI
	77	En este ultimo año, su hijo tuvo los testiculos hinchados	NO	SI
	78	En este ultimo año, su hijo tuvo sangre en orina	NO	SI
	79	En este ultimo año, noto que su hijo tuviera los pies hinchados	NO	SI

<b>Vista</b>	80	En este ultimo año, ha notado en su hijo movimientos de los ojos	NO	SI
	81	En este Ultimo año, su hijo tuvo desviaciones en los ojos	NO	SI
	82	En este ultimo año, su hijo tuvo conjuntivitis	NO	SI

<b>Fiebre</b>	83	En este último año tuvo fiebre desconocida	NO	SI
---------------	----	--------------------------------------------	----	----

<b>Quemadura</b>	84	En este último año tuvo alguna quemadura	NO	SI
------------------	----	------------------------------------------	----	----

<b>glandulas</b>	85	En este último año tuvo algun problema glandular	NO	SI
------------------	----	--------------------------------------------------	----	----