



OC4501

OC4501

**SUPERVIVIENTES DEL
CÁNCER INFANTIL
CUESTIONARIO DE
HISTORIA CLÍNICA**

NÚM. DE CUENTA.
NÚM. DE
EGISTRO
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del Paciente

La persona llenado este formulario es: el paciente uno de los padres

otra persona (especifique): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Diagnóstico de cáncer: _____ Edad cuando fue diagnosticado: _____

¿Cuál es su idioma principal en casa? _____

¿Necesita intérprete para sus citas? Si No

¿Tiene alguna preocupación actual de salud? Si No Si indica que sí, descríbala: _____

¿Han tenido sus abuelos, padres o hermanos alguna de las siguientes condiciones?:

Cáncer Diabetes Alto Colesterol Problemas del corazón Hipertensión

Otra condición _____

¿Quién vive con usted en casa? _____

¿Qué tratamientos de cáncer recuerda haber tenido?

Quimioterapia Radiación Trasplante de medula ósea Transfusión de sangre Cirugía(s)

Enfermedades o Cirugías NO relacionadas con el cáncer

_____ Año: _____ Año: _____

_____ Año: _____ Año: _____

_____ Año: _____ Año: _____

¿Toma alguna medicina (por lo menos una vez por semana) incluyendo suplementos a base de hierbas?

Medicación/suplemento	Dosis/Horario	Propósito

¿Tiene alguna alergia a cualquier medicina, comida, o a otra sustancia?: Si No No sé

Si indica que si, describa: _____



**SUPERVIVIENTES DEL
CÁNCER INFANTIL
CUESTIONARIO DE
HISTORIA CLÍNICA**

Página 2 de 4

N. DE CUENTA
MRN
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del Paciente

Inmunizaciones:

- Las vacunas infantiles usuales están al día Si No No sé
- Ya tuvo la enfermedad de la varicela o la vacuna Si No No sé
- Las vacunas de adolescentes/jóvenes:
- Refuerzo de difteria/tétano (11-13 años de edad) Si No No sé
- Vacuna contra el VPH o cáncer del cuello uterino Si No No sé
(Recomendada para niñas de 11-26 años de edad)
- Los niños y jóvenes pueden optar recibir esta vacuna para prevenir verrugas
- Vacuna contra la meningitis meningocócica (11-18 años de edad) Si No No sé

¿Tiene el paciente problema frecuentemente con cualquiera de las siguientes condiciones de salud?

Salud General—problemas frecuentes con:

- Fiebre Sudor de noche Pérdida de peso Aumento de peso Fatiga
- Moretones Nuevas lesiones de piel Lunares cambiantes
- Dolor ¿en dónde tiene el dolor?: _____

Corazón y pulmones – problemas frecuentes con:

- Dificultad para respirar Tos crónica Dolor de pecho Latidos del corazón irregulares o palpitaciones

Ojos, Oídos, Nariz, Boca, y Garganta - problemas frecuentes con:

- Dolor de ojo Lagrimeo excesivo del ojo Problemas para oír Problemas de la vista (El último examen de la vista: año _____)
- Sequedad del ojo Congestión nasal crónica Hinchazón del cuello Problemas dentales (La última cita con el dentista: año _____)
- Rigidez del cuello Dificultad para tragar Otras preocupaciones (Si indica que si, describa) _____

Estómago y vejiga - problemas frecuentes con:

- Acidez estomacal o regurgitación Dolor abdominal Cambios de apetito Vómito
- Estreñimiento Diarrea Dificultad para orinar

Músculos y Huesos - problemas frecuentes con:

- Rigidez de las articulaciones Otros problemas con las articulaciones o los músculos

Sistema Nervioso - problemas frecuentes con:

- Dolores de cabeza Dificultad para dormir Debilidad Problemas de coordinación
- Problemas del habla Entumecimiento Sensación de hormigueo

Ginecología: para las niñas y las mujeres solamente

- ¿Ya empezó a menstruar? Si No Si indica que si, ¿a qué edad empezó? _____
- ¿Son sus menstruaciones regulares? Si No
- ¿Tiene problemas excesivos con sus menstruaciones? Si No Si indica que si, describa: _____



**SUPERVIVIENTES DEL
CÁNCER INFANTIL
CUESTIONARIO DE
HISTORIA CLÍNICA**

Página 3 de 4

NÚM. DE CUENTA.

NÚM. DE

EGISTRO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del Paciente

Hábitos Saludables – *Cuán frecuente el paciente hace lo siguiente:*

	Nunca	A veces	Frecuente
¿Usa casco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa protector de sol cuando está en el sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa el cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace ejercicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adolescentes y jóvenes solamente

	Nunca	A veces	Frecuente
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Tiene licencia de conducir Fuma cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relación de compromiso Lugar de trabajo: _____ Usa drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nutrición

Una dieta saludable incluye de 3 a 5 porciones de frutas y vegetales al día, además incluye comida rica en calcio (como yogurt, queso, leche), los refrescos o sodas a solamente se toman de vez en cuando y la comida rápida se consume solamente en moderación. Tomando en cuenta esta declaración, ¿cómo calificaría su nutrición actual?

- Muy buena Regular Podría mejorar

Eventos de vida– Ha experimentado el paciente o su familia cualquiera de los siguientes en el año pasado?

- Se mudó Fallecimiento Problemas financieros Divorcio Cambió de escuela
 Perdió el trabajo Algún pariente con problemas de salud Cambios en la custodia de los hijos
 Nacimiento/Adopción Problemas legales Parientes con problemas de salud mental
 Otro: _____

¿Con qué frecuencia sintió el paciente las siguientes emociones?

	Nunca	A veces	Frecuente		Nunca	A veces	Frecuente
Triste o deprimido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enojado(a)/Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nada es divertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraído(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Energía baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se puede concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansado(a)/fatigada(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupado(a)/ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estresado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha tenido el paciente o tiene actualmente servicios de consejería o de salud mental? Si No

Si indica que si, cuantas sesiones: _____ ¿Por qué fue? _____

Actividades y pasatiempos

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre (por ejemplo pertenece a un club, practica algún deporte, pasatiempos, juego de video, etc.)? _____



**SUPERVIVIENTES DEL
CÁNCER INFANTIL
CUESTIONARIO DE
HISTORIA CLÍNICA**

NÚM. DE CUENTA.
NÚM. DE
REGISTRO
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del Paciente

Educación e historia de la escuela

Escuela actual (si la hay): _____

Grado actual o grado que terminó: _____ Distrito escolar: _____

¿Está teniendo el paciente dificultades en la escuela? Si No

¿Recibe el paciente servicios de educación especial? Si No No sé

¿Está el paciente bajo un Plan 504? Si No No sé

Por favor describa qué arreglos o ayuda es proporcionada en la escuela: _____

¿Ha tenido el paciente evaluación cognitiva formal en la escuela o fuera del sistema de educación? (Las evaluaciones cognitivas podrían incluir pruebas de memoria de corto plazo, de atención, concentración y de la habilidad para procesar información): Si No No sé

Si indica que sí, ¿Cuándo? _____ ¿año? _____ Si fue a través de la escuela por favor traiga una copia de los resultados cuando venga a su cita.

¿Cuál es su estimación del rendimiento del paciente en las siguientes áreas? (Por favor marque la columna apropiada):

Habilidad	Debajo de la media	Media	Arriba de la media	Habilidad	Debajo de la media	Media	Arriba de la media
Lectura				Memoria			
Matemáticas				Atención/Concentración			
Habilidades de estudio				Planificación			
Escritura				Organización			
Seguir Direcciones				Tiempo total para terminar las tareas			

En esta próxima cita me gustaría recibir información y/o aprender estrategias en las siguientes áreas (por favor marque todas las que son relevantes):

- Memoria, atención concentración Lectura Matemáticas
 Post-graduado/universidad y planificación de carrera Información de educación especial
 Becas universitarias o vocacionales para supervivientes de cáncer infantil Información del Plan 504
 Otro _____ Habilidades de estudio

Información Adicional

Al venir a esta cita, me gustaría averiguar más acerca de:

- Quiero una evaluación de alguna preocupación específica de salud Información de seguro médico
 Información acerca de los efectos del cáncer en mi cuerpo Información sobre los efectos del cáncer mi pensamiento y emociones Información sobre los efectos del cáncer en mi escuela o trabajo
 Otro: _____