



**Clínica Shine**  
(Clínica del Centro Infantil para el Control del  
Peso)  
**Paciente Nuevo Inicial Formulario**  
**para Padres**



Children's  
of Alabama

**Sígalas instrucciones a continuación para obtener una cita en Clínica Shine**

Cita: \_\_\_\_\_

- Asegúrese de que su Médico de Atención Primaria haya enviado por fax todos los documentos al 205-212-2735. Esto incluye Formulario de Solicitud de Clínica Especializada, referencia de seguro (las referencias medicas de MCD deben estar en cascada con la fecha actual de evaluación de EPSDT), notas de la clínica, laboratorios, y tabla de crecimiento.
- Si el niño es menor de 4 años, solo complete las secciones 1, 3, 4 y 5.
- Vea el video de introducción de la clínica en <https://www.childrensal.org/weight-gestión>
- Por favor, complete este formulario y envíelo por correo a: **Children's Weight Management Clinic**  
**Por favor complete el formulario y envíe por correo a:** **1940 Elmer J. Bissell Road**  
**Birmingham, AL 35243**
- No programaremos una cita hasta nuestra oficina reciba el FORMULARIO PARA PADRES ¡Gracias!**

**Información inicial y estilo de vida (SECCIÓN 1)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad/fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre/relación del guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono del guardián: \_\_\_\_\_

¿Cuál es un número permanente en el que podemos comunicarnos con usted?

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente:  Masculino  Femenino

¿Qué tan motivado está la familia/el paciente?  Bajo  Moderado  Alto ¿Usted o su hijo/a tiene expectativas sobre la cantidad de peso que debe perder?  SI  NO,

En caso afirmativo, cuál es la cantidad \_\_\_\_\_ libras. ¿en qué período de tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**HISTORIAL MÉDICO (SECCIÓN 3)**

¿Cuál fue el peso al nacer de su hijo/a? \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas  DESCONOCIDO

¿El embarazo fue a término?  SI  NO Si fue prematuro, ¿qué tan temprano? \_\_\_\_\_

¿La madre era diabética durante el embarazo?  SI  NO  DESCONOCIDO

¿Su hijo/a fue amamantado?  SI  NO  DESCONOCIDO ¿Qué tiempo? \_\_\_\_\_

¿Le dio fórmula a su hijo?  SI  NO  DESCONOCIDO ¿Qué tiempo? \_\_\_\_\_

¿Durante la infancia tuvo su hijo/a algún problema de alimentación?  SI  NO  DESCONOCIDO

Describe el problema de alimentación \_\_\_\_\_

¿Su hijo tenía sobrepeso a los 2 años?  SI  NO  DESCONOCIDO ¿A qué edad comenzó su hijo/a a aumentar de peso? \_\_\_\_\_

¿Están al día las vacunas?  SI  NO  DESCONOCIDO

Describe los hitos del desarrollo (sentarse, hablar, caminar, etc.)  NORMAL  RETRASADO

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado alguna vez?  SI  NO, en caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a se ha sometido alguna vez a una cirugía?  SI  NO, en caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene algún problema médico / psiquiátrico / emocional?  SI  NO En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

**Áreas de Mayor Preocupación (marque todas las que correspondan) (SECCIÓN 2) La familia está más interesada en**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tasa de Aumento de Peso                              | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Asesoramiento nutricional |
| <input type="checkbox"/> Índice de Masa Corporal (IMC) Elevado                | <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares   | <input type="checkbox"/> Actividades Físicas       |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares (descríbalos a continuación) | <input type="checkbox"/> Ovarios poliquísticos  | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio    |
| <input type="checkbox"/> Hígado   | <input type="checkbox"/> Problemas en las Articulaciones  | <input type="checkbox"/> Consejería                |
| <input type="checkbox"/> Lípidos / Colesterol                                 | <input type="checkbox"/> Sueño/AOS  |  |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial / Hipertensión                      | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo (depresión, ansiedad, factores estresantes familiares, etc.) |  |

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR: ¿Algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes condiciones de salud o procedimientos médicos?**

(CONTINUACION DE LA SECCIÓN 3)

Estado de Salud	Madre	Padre	Abuelos Materno	Abuelos Paterno	Tía/Tío Materno	Tía/Tío Paterno
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol o Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco antes de los 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso u Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass Gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos Biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Ovario Poliquístico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Historial Social (Sección 4)**

¿Quién vive en el hogar con su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a asiste a la escuela?  SI  NO      ¿Educado en casa?  SI  NO

¿En qué grado está su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Le gusta la escuela a su hijo/a?  SI  NO

¿Qué calificaciones obtiene su hijo en la escuela?  A y B  C  D y F

¿Cómo se siente su hijo/a acerca de si mismo/a?  feliz  normal  muy disgustado/a

¿El peso de su hijo/a afecta cómo se siente acerca de si mismo/a?  SI  NO

¿Personas tratan a su hijo/a de manera diferente debido a su peso?  SI  NO  a veces

¿Se burlan de su hijo debido a su peso?  SI  NO

La burla es  leve  moderada  grave

¿Quién está molestando a su hijo?  hermanos  amigos  niños en la escuela  miembros de la familia  maestros  otros adultos

¿Hay alguna barrera que le impida llevar a su hijo a la clínica?  trabajo  transporte  necesidades de los hermanos  financiero

En los últimos 12 meses, ¿le ha preocupado si su comida se agotaría antes de tener dinero para comprar más?  SI  NO

En los últimos 12 meses, ¿descubrió que la comida que compró simplemente no duraba y que no tenía dinero para comprar más?  SI  NO

**Revisión de sistemas (HPI) (sección 5)**

**General:** ¿Su hijo/a parece tener poca energía?  SI  NO      ¿Su hijo está en buena salud?  SI  NO

**Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta:** ¿Usa lentes?  SI  NO

¿Su hijo tiene problemas para tragar?  SI  NO      ¿Su hijo tiene dolor al tragar?  SI  NO

**Revisión de Sistemas (HPI) (SECCIÓN 5) cont.**

**CV:** ¿Su hijo/a tiene dolor en el pecho? SI NO

¿Cómo es el dolor? ardor constante calambres/espasmos sordo apuñalamiento / afilado

Irradiación ¿Cómo describirías el dolor en el pecho? no hay dolor duele poco le duele

duele bastante duele demasiado duele tanto como sea posible

¿Dónde está el dolor en el pecho? lado derecho izquierdo atrás

¿Se asocia el dolor con? Descanso ejercicio suave ¿su hijo

tiene hinchazón de los pies o del abdomen? SI NO

¿Su hijo tiene palpitaciones cardíacas? SI NO

¿Su hijo tiene hipertensión? SI NO

¿Se controla con medicamentos? SI NO

**Respiratorio:** ¿Su hijo/a tiene problemas respiratorios o asma? SI NO

Describe la gravedad leve moderado grave

¿Su hijo tiene dificultad para respirar? SI NO

¿En caso afirmativo, está asociado con? descanso ejercicio suave ejercicio intenso

¿Su hijo duerme sobre almohadas o en silla debido a la dificultad para respirar? SI NO

¿Su hijo se sienta durante la noche debido a la dificultad para respirar? SI NO

¿Su hijo ronca por la noche? SI NO

¿Hay pausas o jadeos con los ronquidos? SI NO

**GI:** ¿Su hijo/a tiene dolor abdominal? SI NO

En caso afirmativo, ¿cómo es el dolor abdominal? arde constante calambres/espasmos

dolor sordo apuñalamiento / afilado

¿Cómo describe el dolor su hijo? no hay dolor duele poco le duele duele bastante duele demasiado duele tanto como sea posible

¿Su hijo tiene problemas con las náuseas? SI NO

¿Su hijo tiene problemas con la diarrea? SI NO

¿Su hijo está estreñido? SI NO

¿Su hijo tiene dolor asociado con el estreñimiento? SI NO

**Neuro:** ¿Su hijo/a tiene dolores de cabeza? SI NO

En caso afirmativo, ¿Adónde le duele? parte superior de la cabeza lado derecho de la cabeza

lado izquierdo de la cabeza Parte posterior de la cabeza

cuello/hombros cara ojo

Describe la gravedad de los dolores de cabeza leve moderado grave

**MS:** ¿Su hijo/a tiene dolor/hinchazón en las articulaciones? SI NO En caso afirmativo,

¿Adónde le duele? \_\_\_\_\_

**ENDO:** ¿Tiene su hijo/a diabetes tipo 2? SI NO ¿Su hijo tiene DM tipo 1? SI NO

**Dormir:** ¿A qué hora se va a dormir su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora se levanta? \_\_\_\_\_

¿Es fácil despertarlo? SI NO ¿Se duerme en la escuela? SI NO

¿Su hijo tiene sueño durante el día? SI NO ¿Toma siestas? SI NO ¿Su hijo tiene su propio espacio para dormir y colchón? SI NO

**Piel:** ¿Su hijo tiene erupciones en la piel? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál es la ubicación de la erupción cutánea? cara / cuello brazos/manos

tronco pliegue de la piel piernas / pies ¿Su hijo está experimentando una velloidad excesiva? SI NO

¿Su hijo tiene líneas moradas o azules en o sobre la piel? SI NO

**GU / Reproductivo:** ¿Su hijo tiene dolor al orinar?  SI  NO

¿Su hija ha tenido su primer período menstrual?  SI  NO En caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Cómo describirías sus períodos?  regular  ausente  no frecuentes  frecuentes, más de una vez al mes  actualmente embarazada

¿Cuándo tuvo el último período menstrual? \_\_\_\_\_

**Revisión de Sistemas (HPI) (SECCIÓN 5) cont.**

Enumere cualquier otro problema médico:

**ACTIVIDAD/INACTIVIDAD (SECCIÓN 6)**

¿Siente que su hijo/a es?  muy activo  algo activo  inactivo  muy inactivo  ¿su hijo tiene alguna limitación física, si es así, explíquelo? \_\_\_\_\_

Si su hijo realiza actividades o ejercicios, califique la intensidad física del ejercicio de su hijo en una escala del 1 al 10, con 1=menos activo y 10+ más intenso, 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una semana regular, cuántos días participó su hijo en deportes o actividades organizadas (**NO** incluyendo educación física escolar)? ①②③④⑤

¿Su hijo tiene televisor, computadora, tableta, o teléfono celular en su habitación?  SI  NO

¿Cuántas horas al día pasa su hijo con estos dispositivos durante los días de semana?

<1 hora  1-2 horas  3-4 horas  más de 5 horas.

¿Cuántas horas al día pasa su hijo con estos dispositivos durante los días de semana?

<1 hora  1-2 horas.  3-4 horas  más de 5 hora

**NUTRICIÓN (SECCIÓN 7)**

¿Cómo describiría el apetito de su hijo?  exigente  variable  bien  excelente

¿Su hijo come segundas raciones?  SI  NO

¿Qué tamaño de porciones come su hijo?  pequeño  mediano

Grande

¿Cuántos minutos tarda su hijo en comer? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene antojos de dulces?  SI  NO

¿Come su hijo cuando está deprimido o ansioso?  SI  NO

¿Su hijo escabulle / esconde comida?  SI  NO

En la última semana, ¿con qué frecuencia su hijo comió algo de un restaurante de comida rápida?

①②③④⑤

¿Su hijo bebe bebidas endulzadas con azúcar?  SI  NO

¿Su hijo bebe jugos de frutas?  SI  NO

¿Su hijo come carnes bajas en grasa?  SI  NO

¿Su hijo come panes 100% integrales?  SI  NO

¿Qué condimentos usa su hijo con regularidad (por ejemplo, mayonesa, aderezo ranchero, salsa de tomate, salsa BBQ)? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de leche toma su hijo?  Entera  2%  chocolate  1%  descremada/sin grasa

no bebe leche

¿Con qué tipo de aceite cocina la familia?  canola  maíz  oliva  vegetal  otros

¿Qué has probado para bajar de peso? \_\_\_\_\_

¿Qué funcionó? \_\_\_\_\_

¿Qué no funcionó? \_\_\_\_\_