

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER

725 Welch Road Palo Alto, CA 94304



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 1 of 11

Fecha de consulta:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1) Apellido	Nombre	2do nombre	2) Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
3) Su parentesco con el niño: <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Otro (especifique)		4) DATOS DEL MÉDICO QUE LO REMITIÓ: Nombre y dirección	
5a) Estatura actual (pulgadas)	5b) Peso actual (libras)	6) ¿Cuándo empezó a notar usted que su niño pesaba más que otros niños de la misma edad? _____ años de edad	
		7) Peso máximo del niño (libras) A qué edad (años)	

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PESO

8) ¿Cuán preocupado está usted con respecto al peso de su niño? (Marque la mejor respuesta).

Nada	Un poco	Bastante	Muy	Sumamente
1	2	3	4	5

Favor de calificar los siguientes tipos de preocupaciones acerca del peso de su niño. (Marque el número -de 1 a 5- que mejor represente la preocupación que usted siente).

	Nada	Un poco	Bastante	Muy	Sumamente
9) Problemas de salud actuales	1	2	3	4	5
10) Problemas de salud en el futuro	1	2	3	4	5
11) Personas que se burlan de su niño	1	2	3	4	5
12) Autoestima bajo	1	2	3	4	5
13) Depresión	1	2	3	4	5
14) Efecto en las actividades físicas	1	2	3	4	5
15) Su ropa no le queda	1	2	3	4	5
16) Otros problemas	1	2	3	4	5

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 2 of 11

17) ¿Han expresado su preocupación las siguientes personas en cuanto al peso de su niño?	<input type="checkbox"/> SÍ			<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Padre del niño	<input type="checkbox"/> Tía	
	<input type="checkbox"/> Entrenador	<input type="checkbox"/> Hermano o hermana	<input type="checkbox"/> Tío	
	<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Alguien más	
	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Abuelo		

En su opinión, ¿qué factores están causando que su niño tenga sobrepeso? (Marque la mejor respuesta para cada pregunta).

	Sí	No	No estoy seguro
18) Come demasiado			
19) No come alimentos adecuados			
20) Le falta ejercicio			
21) Ve demasiada TV			
22) Demasiados videojuegos			
23) Pasa demasiado tiempo en la computadora o internet			
24) Genética (hereditario)			
25) Problema glandular u hormonal			
26) Otro problema médico			
27) Algún suceso en la vida			

INTENTOS PARA BAJAR DE PESO

28) ¿Ha probado su niño alguna dieta o programa para bajar de peso?	<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO
	Ayudó	No ayudó	
<input type="checkbox"/> Dieta Atkins			
<input type="checkbox"/> Committed to Kids			
<input type="checkbox"/> Curves			
<input type="checkbox"/> Jenny Craig			
<input type="checkbox"/> Kaiser			
<input type="checkbox"/> Kidshape			
<input type="checkbox"/> Dieta baja en carbohidratos			
<input type="checkbox"/> Dieta baja en grasas			
<input type="checkbox"/> Dieta de índice glucémico bajo			
<input type="checkbox"/> Shapedown			
<input type="checkbox"/> Dieta South Beach			
<input type="checkbox"/> Programa de Stanford			
<input type="checkbox"/> TOPS			
<input type="checkbox"/> Weight Watchers			
<input type="checkbox"/> Zone			
<input type="checkbox"/> Otro			

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 3 of 11

29) ¿Ha probado su niño algún medicamento o suplemento para bajar de peso?		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	
		Ayudó		No ayudó	
	<input type="checkbox"/> Sibutramine (Meridia)				
	<input type="checkbox"/> Orlistat (Zenical)				
	<input type="checkbox"/> Metabolife				
	<input type="checkbox"/> Herbal Life				
	<input type="checkbox"/> Vitaminas				
	<input type="checkbox"/> Otro suplemento				
30) ¿Qué métodos está usando actualmente su niño para tratar de bajar de peso?		<input type="checkbox"/> Comer menos			<input type="checkbox"/> NINGUNO
		<input type="checkbox"/> Disminuir el tamaño de las porciones			
		<input type="checkbox"/> Saltar comidas			
		<input type="checkbox"/> Dejar de comer cierto alimento			
		<input type="checkbox"/> Comer más de cierto alimento			
		<input type="checkbox"/> Plan de dieta			
		<input type="checkbox"/> Hacer más ejercicio			
		<input type="checkbox"/> Ir a un gimnasio			
		<input type="checkbox"/> Programa para controlar el peso			
		<input type="checkbox"/> Suplemento para bajar de peso			
31) ¿Hay alguien más en la familia que está tratando de bajar de peso?		<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cómo?		<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> Madre biológica			
		<input type="checkbox"/> Padre biológico			
		<input type="checkbox"/> Madrastra			
		<input type="checkbox"/> Padrastro			
		<input type="checkbox"/> Hermana			
		<input type="checkbox"/> Hermano			
		<input type="checkbox"/> Abuela			
		<input type="checkbox"/> Abuelo			
		<input type="checkbox"/> Otro			
32) ¿Cuán seguro está usted de que su niño puede bajar de peso haciendo cambios en su dieta y actividad? (Marque el número -de 1 a 5- que sea la mejor respuesta).		Nada seguro			Muy seguro
		1	2	3	4
		5			
ANTECEDENTES MÉDICOS					
33) Parto: <input type="checkbox"/> prematuro <input type="checkbox"/> tardío <input type="checkbox"/> a término		34) Peso natal (libras & onzas ○ kilogramos)		35) ¿Hasta qué edad tomó pecho el niño? (meses)	

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 4 of 11

36) Tomó fórmula en biberón a partir de cuándo: <input type="checkbox"/> nacimiento <input type="checkbox"/> edad: _____ meses		¿Nombre de fórmulas usadas?		37) Dejó el biberón completamente a qué edad (meses)?		38) ¿Empezó a comer cereales a qué edad (meses)?	
39) ¿Tuvo algún problema para comer antes de un año de edad?				<input type="checkbox"/> SÍ Explique:			<input type="checkbox"/> NO
40) ¿Tuvo algún problema para comer después de un año de edad?				<input type="checkbox"/> SÍ Explique:			<input type="checkbox"/> NO
41) Problemas de la madre durante el embarazo: (Marque todo lo que aplique)				42) Problemas médicos del niño de recién nacido: (Marque todo lo que aplique)			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vómitos para controlar el peso <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión)		<input type="checkbox"/> Aumento insuficiente de peso <input type="checkbox"/> Trastorno por atracón (comer excesivamente) <input type="checkbox"/> Demasiado aumento de peso <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Ictericia		<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Músculos flácidos <input type="checkbox"/> Crecimiento inadecuado	
43) ¿Las vacunas de su niño están al día para la edad que tiene?							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO <input type="checkbox"/> NO							
44) HOSPITALIZACIONES (pasar la noche en un hospital): <input type="checkbox"/> Ninguna							
Edad	Mes/Año	Motivo			Nombre del hospital		
45) CIRUGÍAS (operaciones): <input type="checkbox"/> Ninguna							
Edad	Mes/Año	Motivo			Nombre del hospital		

Lucile Salter Packard Children's HospitalSTANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 5 of 11

PROBLEMAS MÉDICOS: (Marque la mejor respuesta para cada pregunta).

	Nunca	En el pasado	Ahora
46) ADHD/ADD/hiperactividad			
47) Anemia			
48) Anorexia			
49) Ansiedad			
50) Asma			
51) Trastorno por atracón			
52) Depresión			
53) Diabetes (<input type="checkbox"/> tipo 1 <input type="checkbox"/> tipo 2)			
54) Reflujo gastroesofágico			
55) Problema cardíaco			
56) Presión arterial alta			
57) Colesterol alto			
58) Problema de las articulaciones			
59) Problema de los riñones			
60) Problema del hígado			
61) Síndrome de ovario poliquístico			
62) Vómitos para controlar el peso			
63) Otro problema médico			
64) Medicamentos actuales: <input type="checkbox"/> Ninguno			
65) Vitaminas y minerales: <input type="checkbox"/> Ninguno			
66) Hierbas y otros suplementos dietéticos: <input type="checkbox"/> Ninguno			
67) Alergias a alimentos o medicinas: <input type="checkbox"/> Ninguna			

Lucile Salter Packard Children's HospitalSTANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 6 of 11

REVISIÓN POR SISTEMAS

¿Tiene actualmente su niño alguno de los siguientes problemas? (Marque 'sí' o 'no' para cada pregunta).

SÍ**NO**

68) Vista borrosa

69) Dolores de cabeza

70) Congestión nasal o alergias

71) Ronca

72) Apnea del sueño (pausas en la respiración durante el sueño)

73) Somnolencia durante el día

74) Caries dentales

75) Acné

76) Eccema (alergia de la piel)

77) Crecimiento excesivo de pelo en la piel

78) Oscurecimiento de la piel en el cuello, bajo los brazos o alrededor de la cintura

79) Aumento en el tamaño de los pechos (aparte del desarrollo normal)

80) Menstruación irregular

81) Palidez

82) Dolor de pecho

83) Dificultad respiratoria con el ejercicio

84) Dolor de estómago

85) Vómitos

86) Diarrea

87) Estreñimiento

89) Infecciones urinarias

89) Se orina en la cama

90) Nocturia (despertarse en la noche para usar el baño)

91) Escape de orina durante el día

92) Orina en exceso

93) Sed excesiva

94) Pérdida de peso reciente no intencionada

95) Dolor de espalda

96) Dolor de cadera

97) Dolor de rodilla

98) Problema de comportamiento

ANTECEDENTES FAMILIARES

Estatura

Peso

99) Madre biológica del niño

100) Padre biológico del niño

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 7 of 11

Favor de marcar todos los parientes biológicos de su niño en ambos lados de la familia que padezcan actualmente o que hayan padecido estos problemas médicos. Si no han padecido ninguno, déjelo en blanco.

	POR PARTE DE LA MADRE					POR PARTE DEL PADRE					Otro
	Madre	Abuela	Abuelo	Tía	Tío	Padre	Abuela	Abuelo	Tía	Tío	
I 01) Sobrepeso											
I 02) Colesterol alto											
I 03) Presión arterial alta											
I 04) Diabetes											
I 05) Infarto cardíaco											
I 06) Derrame cerebral											
I 07) Cáncer											
I 08) Problema de la tiroides											
I 09) Problema de la vesícula biliar											
I 10) Ovarios poliquísticos											
I 11) Trastorno alimentario											
I 12) Alcoholismo											
I 13) Depresión											
I 14) Ansiedad											
I 15) Substance abuse I 15) Drogadicción											
I 16) Cirugía bariátrica (cirugía para la reducción de peso)											

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 8 of 11

I17) ¿Hay antecedentes de algún otro problema médico en su familia?

ANTECEDENTES FAMILIARES

I18) Lugar de nacimiento de la madre: (país)

I19) Lugar de nacimiento del padre: (país)

I20) Lugar de nacimiento del niño: (país)

I21) Si su niño nació fuera de los EE.UU., ¿qué edad tenía cuando se mudaron aquí? (años)

I22) ¿Qué idiomas hablan en casa? (Marque los que apliquen).

- inglés
- español
- otro: _____

I23) Actualmente, ¿quiénes viven en casa con su niño? (Marque los que apliquen).

- Madre biológica
- Padre biológico
- Padrastro o pareja de la madre
- Madrastra o pareja del padre
- Abuela
- Abuelo
- Hermanos: edades _____
- Hermanas: edades _____
- Otros parientes: (¿quiénes?) _____
- Compañeros de casa: (¿cuántos? _____ adultos _____ niños)

I24) ¿Pasa tiempo su niño con uno de sus padres en una casa diferente?

SÍ
Explique:

NO

I25) ¿Tiene su niño hermanos que viven en otra casa?

SÍ
 hermanos; edades: _____
 hermanas; edades: _____

NO

Lucile Salter Packard Children's HospitalSTANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 9 of 11

126) ¿Tienen mascotas en casa?		<input type="checkbox"/> SÍ ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/> NO
127) ¿Hay alguien que fume en su casa? (sea adentro o afuera)		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
COMIDAS Y ACTIVIDAD FÍSICA			
128) ¿Quién hace la mayoría de las compras de comida para la familia? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (¿Quién? _____)		129) ¿Quién prepara la mayoría de las comidas para la familia? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (¿quién? _____)	
130) ¿Con qué frecuencia sale a comer su niño en cualquier tipo de restaurante? <input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> Dos o más veces al día <input type="checkbox"/> Varias veces a la semana		131) ¿A qué restaurantes, incluyendo los de comida rápida, va su niño con más frecuencia? <input type="checkbox"/> Como una vez a la semana <input type="checkbox"/> Como una vez al mes <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes	
132) ¿Compra su niño comiditas <i>snacks</i> de un supermercado, una tienda o de algún lugar donde se vende comida rápida cerca de su casa?		<input type="checkbox"/> SÍ Nombre:	<input type="checkbox"/> NO
133) ¿Compra su niño comiditas <i>snacks</i> de un carrito con comidas o de un camión de helados que pase por su vecindario?		<input type="checkbox"/> SÍ ¿con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> NO
134) ¿Toma su niño refrescos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> refrescos regulares (¿cuántos por día? _____) <input type="checkbox"/> refrescos de dieta (¿cuántos por día? _____)		<input type="checkbox"/> NO
135) ¿Toma jugo su niño?	<input type="checkbox"/> SÍ ¿cuánto por día?		<input type="checkbox"/> NO
136) ¿Toma leche su niño? (Marque las que apliquen).	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Leche sin grasa o leche desnatada (¿cuánta al día? _____) <input type="checkbox"/> Leche del 1% o leche baja en grasa (¿cuánta al día? _____) <input type="checkbox"/> Leche del 2% o leche baja en grasa (¿cuánta al día? _____) <input type="checkbox"/> Leche entera (¿cuánta al día? _____) <input type="checkbox"/> Leche de soja (¿cuánta al día? _____)		<input type="checkbox"/> NO

Lucile Salter Packard Children's HospitalSTANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 10 of 11

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
I37) ¿A su niño le gustan las frutas?	1	2	3	4	5
I38) ¿A su niño le gustan las verduras?	1	2	3	4	5
I39) ¿En su familia acostumbran a comer juntos? ¿En su familia para comer juntos? (Marque el número -de 1 a 5- que sea la mejor respuesta).					
Nunca	Casi nunca	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre	
1	2	3	4	5	
I40) Por lo regular, ¿está prendida la televisión durante la cena?			<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO
I41) ¿Tiene su niño un televisor en su recámara?			<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO
¿Cuántas horas AL DÍA participa su niño en las siguientes actividades?					
	durante la semana		durante el fin de semana		
I42) Mirar televisión o videos					
I43) Jugar videojuegos					
I44) Usar la computadora					
I45) ¿Hace su niño algunos quehaceres en la casa?			<input type="checkbox"/> SÍ ¿cuáles?		<input type="checkbox"/> NO
I46) ¿Tiene usted una báscula en su casa?	<input type="checkbox"/> SÍ Si la tiene, ¿con qué frecuencia pesa a su niño?			<input type="checkbox"/> NO	
I47) ¿Suele desayunar su niño antes de la escuela?			<input type="checkbox"/> SÍ ¿cuántos días por semana?		<input type="checkbox"/> NO
I48) Año escolar actual de su niño:			I49) ¿Cómo va y viene de la escuela su niño? (Marque los que apliquen). <input type="checkbox"/> A pie <input type="checkbox"/> En bicicleta <input type="checkbox"/> En autobús <input type="checkbox"/> En carro		
I50) ¿Tiene su niño clase de educación física en la escuela?			<input type="checkbox"/> SÍ ¿Cuántos días por semana?		<input type="checkbox"/> NO

Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC • PEDIATRIC WEIGHT CLINIC PARENT INTAKE QUESTIONNAIRE

Page 11 of 11

151) ¿Participa su niño en algún deporte de equipo en la escuela o en algún otro lugar? (Marque los que apliquen).

<input type="checkbox"/> Béisbol <input type="checkbox"/> Fútbol americano <input type="checkbox"/> Baloncesto <input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)
---	--

152) ¿Practica su niño alguna otra actividad física aparte de lo que hace en la escuela? (Marque los que apliquen).

<input type="checkbox"/> Boliche <input type="checkbox"/> Bailar <input type="checkbox"/> Ir al parque <input type="checkbox"/> Karate, artes marciales <input type="checkbox"/> Baloncesto (no en equipo) <input type="checkbox"/> Fútbol americano (no en equipo) <input type="checkbox"/> Fútbol (no en equipo)	<input type="checkbox"/> Andar en bicicleta <input type="checkbox"/> Andar en patines (rollerblades) <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Sacar de paseo al perro <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)
--	---

Fecha	Firma:
	Parentesco con el paciente:

¡GRACIAS POR SUS RESPUESTAS!

Instructions to Attending Physicians:
Your signature below indicates that you have reviewed the information contained in the entire questionnaire and you have reviewed the pertinent or key finding(s) with the patient and/or family. Key finding(s) must be summarized in your progress note, however the questionnaire may be referenced for additional details.

DATE	TIME	ATTENDING PHYSICIAN SIGNATURE:	
		PRINT NAME:	PAGER: