

Name: _____ Date of Birth _____ Date: _____



Horizon View Medical Center

PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY QUESTIONNAIRE

Physician who referred you to our office if different from last visit /Ei medico que le refirio: _____

Pediatrician or Family Doctor Name If different from last visit/Nombre de Pediatra o Doctor Familiar si diferente de la ultima visita _____

Pediatrician Phone Number _____

Patient Address & Phone Number if different from last visit/Domicilio y Numero de telefono: _____

Pharmacy if different from last visit/Farmacia: _____

Pharmacy Phone Number If changed from last visit/Farmacia y numero de telefono: _____

Pharmacy Fax Number/Farmacia numero de fax: _____

Pharmacy Address/Farmacia direccion: _____

PROBLEM/PROBLEMA: What medical problem(s) can we help you with/ Le con que problemas medicos podemos ayudar nosotros?

MEDICATIONS/MEDICINAS: (Current and recent/ La corriente y reciente)

Drug Name/ Nombre de la medicina	Strength/Dosis (e.g. 50mg)	Frequency/Frecuencia	Refill? Y/N

Do You Exercise/ Hace ejercicio? Yes/Si _____ No _____

Type? Tipo? _____ Duration/ Duracion? _____

Minutes/ Minutos? _____ Times Per Week? Veces por semana? _____

How many hours do you spend watching TV/playing video games/Cuantas horas pasas viendo la television/jugar juegos de video? _____

Calories eaten/Calorias consumidas por dia? Too Many/Demasiado _____ Too Few/Muy pocos _____

What grade is your child in/ En que grado esta su nino/nina? _____

How are your child's grades/Como son sus grados de su nino/nina? _____

Name: _____ Date of Birth _____ Date: _____



Horizon View Medical Center

Have there been any problems with any of the following/

Tenga cualquier problema con cualquiera del siguiente:

	Yes/Si	No		Yes/Si	No
Recent illness/ Enfermedad reciente			Chest pain/El dolor de pacho		
Recent hospitalization/Hospitalization reciente			Breathing problems/Problemas de respire		
Recent surgery/Cirudia reciente			Heart problems/Problemas de Corazon		
Recent injury/Lesion reciente			Muscle or joint pain/Musculo o dolor conjunto		
Recent ER visit? Visita a la sala de emergencia reciente			Limping/Cojeando		
Energy/Activity/La energia o la actividad			Unusual thirtiness/Bebe mas que normal		
Sleep/El sueno			Frequent urination/Frecuente miccion		
Mood/El humor			Painful urination/miccion dolorosa		
Heat or cold intolerance/Calor o frio intolerencia			Bed wetting/Cama que moja		
Hearing or ear problems/Oyendo o los problemasde oreja			Kidney infections/Infecciones de rinon		
Vision or eye problems/Los problemas de la vision o el ojo			Nausea/Vomiting/Nausea o Vomita		
Sore throat/Dolor de garganta			Diarrhea/Diarrhea		
Neck swelling/Hanchaxon del cuello			Constipation/Estrenimiento		
Headaches/Los Dolores de cabeza			Anemia/Anemia		
Dizziness/Mareo			Bleeding or bruising/Sangrado o Moretoes		
Poor coordination/Coordination pobre			Smoking cigarettes/Fumar cigarrillos		
Seizures/Convulsiones			Drinking alcohol/Beber alcohol		
Numbness or tingling/Entumecimiento o hormiguelo			Drug use/El Uso de Drogas		
Change in appetite/El cambio en el apetito			Age of onset ot puberty/Edad de inicio de la pibertad: _____		
Skin problems/Los problemas de piel			For girls only/Solo para mujeres:		
Birth marks/Las marcas del nacimiento			Vaginal bleeding/Sangrado vaginal		
Hair loss/Perdida de cabello			Vaginal discharge/Secrecion vaginal		
Recent weight loss/ La perdida de peso			Irregular periods/Periodos irregulares		
Recent weight gain/ El aumento de peso			Age of first menstruation/Edad de mesntruacion primera: _____		

If yes, please explain/Si si, explique por favor:

Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____



Horizon View Medical Center

IF DIABETIC/SI ES DIABETICO:

Recent DKA/cetoacidosis diabetic reciente? Yes/Si _____ No _____

Date of last ophthalmology exam/Fecha de examen ophthalmology pasado: _____

Date of last flu vaccine/Fecha de la ultima contra la influenza: _____

Days of school missed in the last visit/dias de ausentismo escolar desde las ultima visita: _____

Hypoglycemia symptoms/Su Sintomas de Hipoglucemia?

Shaking/tremors – hunger – headache - blurry vision – sweating - fast heartbeat – confusion – weakness – other: _____

Temboroso/Tremor Hambre – Dolor de Cabeza – Vision Borrosa – Transpiracion – Pacipitacion Rapida – Confusion –

Debilidad – Otro: _____

	Yes/Si	No
Any episodes of severe hypoglycemia since the last visit/Ha tenido hipglucemia severa de la ultima visita?		
Do you always carry "Quick sugar" to treat hypoglycemia/Lleva azucar rapida para tratar la hipglucemia?		
Is Glucagon available/Es Glucagon disponible		
At Home/a la casa?		
At school/a la escuela?		
Recent injury/Lesion reciente		
Have you had to use Glucagon in the last year/Ha utilizado en el ultimo ano?		
Do you wear a Medical ID? Usa una identificacion medica?		

Pump site changes every/Sitio de la bomba cambiara cada _____ days/dias.

Who gives the insulin injections/ Quien de alas inyecciones? _____

Where/Donde? (Circle all that apply/circulo toda las que correspondan)

arms/brazos – lateral hip/lateral de la cadera – abdomen/abdomen – gluteal/buttocks/gluteo/nalga

Blood Glucose Monitoring/Monotorizacion de la glucemia:

How often do you test/Con que frecuencia se prueba?

0 1 2 3 4 5 6 7-9 \geq Time per day/Veces Por Dia

Meter Type/Tipo de Medidor:

Accu-Chek Aviva

Accu-Check Nano

Contour USB One Touch Ultra

One Touch Ultra Mini

One Touch Ultra Link

One Touch Ping

One Touch Verio IQ

Freestyle Lite

Freestyle InsuLinx System

True Test