

HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

(Pediatric Medical History)



Fecha _____

NOMBRE COMPLETO: _____ Fecha de Nacimiento _____

POR FAVOR LA RESPUESTA CORRECTA

Sexo: _____ Femenino _____ Masculino

¿El niño(a) es alergico a algún medicamento? SI NO

Si la respuesta es si, a cual _____

¿Cuanto peso su hijo/hija al nacer? _____ Nacio por: _____ Parto natural _____ Cesarea

¿Tuvo complicaciones en el nacimiento? _____ Prematuro _____ Infección del recién nacido _____ Ictericia (ojos o piel amarilla) _____ diabetes materna

Si tuvo complicaciones explique: _____

¿Madre al uso del siguiente durante embarazo? _____ Cocaína _____ Tabaco _____ Alcohol _____ Otra _____ **NADA**

¿El niño(a) a tenido algún problema de desarrollo: _____ tardó para hablar _____ atraso en el crecimiento _____ tardó para caminar _____ poca ganancia de peso _____ otro _____

¿Su niño tuvo un análisis de sangre de recién nacido? SI NO

¿Están las vacunas al corriente? SI NO No se

¿El niño(a) fue vacunado contra la Hepatitis B? SI NO

¿Cuando fue la ultima prueba de la tuberculosis? _____ No se

¿Su hijo toma algun medicamento regularmente? SI NO

Si la repuesta es si, por favor escribalo aqui: _____

¿Tiene su niño(a) alguna de las siguientes enfermedades cronicas? _____

Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Anemia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fiebres altas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Infecciones (recurrente) de Oído	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Infecciones orinarias (recurrentes)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Eczema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Deficiencia de atencion	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Pulmonía	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas del aprendizaje	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Asimientos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Por favor escriba si tiene alguna otra enfermedad que no esta en la lista: _____

¿Ha tenido el niño(a) alguna operacion? SI NO

¿Si tuvo operacion, que tipo de operacion fue y donde? _____

¿El niño(a) come dieta regular? SI NO

¿El niño(a) toma vitaminas? SI NO

¿Tiene usted alguna preocupacion respecto a la alimentación de su hijo? _____

¿Persona que cuida el niño(a)? Mamá/Papá: _____ Niñera: _____ Familiar: _____ Otro: _____

¿Alguien en casa usa: _____ Alcohol? _____ Cigarrillos? _____ Drogas ilegales? _____ Armas de fuego en el hogar? **NADA**

¿Tiene usted en casa: _____ Teléfono? _____ Automóvil? _____ Termómetro? _____ Asiento de seguridad en el auto?

Historia Medica de la familia: ¿Cualquiera de las enfermedades siguientes esta presente en miembros inmediatos de la familia? **Por favor marque.**

	Diabetes	Embolia	Cancer	Alta Presión	Enfermedad de Corazón (edad de comienzo)	<input checked="" type="checkbox"/> No Aplica
Padre	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Madre	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Hermanos	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Hermanas	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

¿Alguna otra información de importancia acerca del niño? _____

Continúe por favor detrás de esta página.

Form Complete: _____ (staff initials)