

HISTORIAL MEDICO DEL NINO

HISTORIAL MEDICO DE SU EMBARAZO CON ESTE NINO:

¿En qué mes de su embarazo visitó usted por primera vez al doctor? _____ mes ¿Dónde nació su bebé? _____
 ¿De cuántos meses fue su embarazo? _____ Si nació el bebé en casa, ¿de hicieron análisis de sangre de detección básica para un recién nacido? Sí No

¿Tuvo usted alguna enfermedad o problemas? (esto incluye enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades contagiosas)	Sí	No	¿Usó usted alguna droga? (Tobaco, bebidas alcohólicas, drogas de la calle, remedios caseros o de la farmacia)	Sí	No
¿Tomó usted alguna medicina recetada por su doctor?	Sí	No	¿Le dieron de alto a su bebé juntamente con usted?	Sí	No
¿Tuvo un parto difícil/anormal/cesárea?	Sí	No	¿Le nació a usted más de un bebé?	Sí	No
¿Tuvo el bebé algún problema durante la primera semana de vida?	Sí	No	¿Se le puso la bebé alguna vacuna para la hepatitis B?	Sí	No

HISTORIAL MEDICO DEL NINO: M F ¿Fué adoptado este niño? Sí No Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. La medida: _____ pulgadas

¿Ha tenido alguna vez:

Sarampión, varicela, paperas, sarampión alemán	Sí	No	Vómitos después de comer, se rehusa a comer	Sí	No
Tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis	Sí	No	Problemas de los músculos, articulaciones o huesos	Sí	No
Amigdalitis/Dolor de garganta	Sí	No	Problemas de la piel	Sí	No
Problemas con los ojos o con la vista	Sí	No	Dolores de cabeza o mareos	Sí	No
Problemas con los oídos o para oír	Sí	No	Convulsiones, ataques, epilepsia	Sí	No
Dificultad al respirar/roncar en la noche	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Problemas del corazón	Sí	No	Problemas con la tiroidea	Sí	No
Asthma, bronquitis o pulmonía	Sí	No	Alérgias	Sí	No
Anemia, problemas de hemorragia, transfusiones de sangre	Sí	No	Problemas con el desarrollo o con el desempeño escolar	Sí	No
Dolores de estómago	Sí	No	Enfermedades o accidentes graves	Sí	No
Diarrea, manchándose con el excremento	Sí	No	Cirugía o hospitalización	Sí	No
Problemas con la vejiga/los riñones, orinarse en la cama/la ropa interior	Sí	No	(Niñas)¿Ha comenzado con su menstruación?	Sí	No
Estreñimiento/constipación	Sí	No	(Niñas)¿Hay problemas con su menstruación?	Sí	No

HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA: Tiene alguien de la familia: madre(M), padre(P), hermano(HO), hermana(HA), tío(TO), tía(TA), abuela(AA), abuelo(AO)

¿Cual miembro familiar?

¿Cual miembro familiar?

Sí	No	Diabetes		Sí	No	Alta presión de sangre	
Sí	No	Epilepsia o convulsiones		Sí	No	Trastornos sanguíneos	
Sí	No	Retraso mental		Sí	No	Tuberculosis	
Sí	No	Cancer		Sí	No	Alérgias	
Sí	No	Enfermedad de los riñones o urinaria		Sí	No	Problemas de los pulmones o con la respiración	
Sí	No	Problemas con los huesos o las articulaciones		Sí	No	Anormalidad funcional de los ojos	
Sí	No	Enfermedad del corazón		Sí	No	Anormalidad funcional de los oídos	

INFORMACION SOBRE LOS PADRES:

Madre: _____ Padre: _____
 Edad: _____
 Altura: _____
 Ocupación: _____

INFORMACION DOMICILIARIA: ¿Cuántos personas viven en su casa? _____

¿Viven ambos padres en la casa? Sí No
 ¿Alguien en la casa fuma o usa drogas o bebidas alcohólicas? Sí No
 ¿Qué idioma se habla en casa? _____
 ¿Vive usted en una Casa Apartamento Refugio Casa Remolque Sin casa ni hogar

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: _____
 Parentesco con el niño: _____
 Reviewer's Signature: _____ Date: _____