

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, ¿le hicieron análisis de sangre de detección básica para un recién nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tuvo usted alguna enfermedad o problemas? (Esto incluye enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades contagiosas) | Sí | No | ¿Usó usted alguna droga? (Tabaco, bebidas alcohólicas, drogas de la calle, remedios caseros o de la farmacia) |
| ¿Tomó usted alguna medicina recetada por su doctor? | Sí | No | ¿Le dieron de alto a su bebé juntamente con usted? |
| ¿Tuvo un parto difícil/anormal/cesárea? | Sí | No | ¿Le nació a usted más de un bebé? |
| ¿Tuvo el bebé algún problema durante la primera semana de vida? | Sí | No | ¿Se le puso al bebé alguna vacuna para la hepatitis B? |

HISTORIAL MEDICO DEL NINO: M F ¿Fue 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 tiroides | 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: ¿Cuántas 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: _____