



HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

La salud de su hijo/a es de suma importancia para nosotros. Por favor, llene este formulario de la manera más completa y precisa posible. Si no está seguro de cómo responder a un determinado elemento, simplemente rodee el tema y estaremos encantados de discutirlo con usted. Toda la información será tratada de manera confidencial.

Fecha de Hoy _____ SS/HIC/ID # de Paciente _____
 Nombre del niño _____ M F Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Nombre de la Madre _____ Teléfono: casa (____) _____ Trabajo (____) _____
 Nombre del Padre _____ Teléfono: casa (____) _____ Trabajo (____) _____
 Dirección de la casa _____
 Correo electrónico _____ Teléfono celular #1 (____) _____ Teléfono celular #2 (____) _____
 Escuela del niño _____ Grado _____
 Médico Anterior _____ Ciudad/Estado _____ Teléfono (____) _____

ALERGIAS

SUSTANCIA	REACCIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS

NOMBRE	DOSIS
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor marque las casillas que se aplican a su hijo/a:

- Anemia
- Asma
- Bronquitis/Bronquiolitis
- Displasia broncopulmonar
- Varicela
- Hepatitis
- Inmunodeficiencia/ VIH
- Sarampión (10-días)
- Sarampión , rubéola (3-días)
- Paperas
- Precocidad
- Fiebre reumática
- Neumonía
- Anemia falciforme
- Tos ferina
- Otros _____

SINTOMAS GENERALES :

- Escalofríos
- Depresión
- Mareos
- Desvanecimiento
- Olvido
- Dolores de cabeza
- Pérdida de sueño
- Cambios de humor
- Nerviosismo

- Entumecimiento
- Sudoración
- Cansancio
- Perdida/Ganancia de peso
- CARDIOVASCULAR:**
- Problemas respiratorios
- Dolor torácico
- Latido cardíaco irregular
- OJOS:**
- Ojos cruzados/vagabundos
- Irritación ocular
- Dolor de cabeza
- Problemas de visión
- AUDIENCIA/DISCURSIÓN:**
- Dificultad para escuchar
- Dolor de oído
- Infecciones oculares
- Ronquera
- Problemas de voz
- DENTAL:**
- Gomas sangrantes
- Dentaduras
- Sensibilidad al calor/frío
- Chuparse el dedo
- La ultima revisión dental fue _____
- Cepillarse los dientes, frecuencia _____

- Usar hilo dental, frecuencia _____
- GASTROINTESTINAL:**
- Pobre apetito
- Heces sangrientas/oscuras
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Nausea
- Hemorragia rectal
- Dolores de estomago
- Vómitos
- Gusanos
- GENITOURINARIO:**
- Moja la cama
- Sangre en la orina
- Erupción de pañales, persistente
- Descargo de vagina/pene
- Orina frecuentemente
- Dolor al orinar
- Olor inusual de orín
- MUSCULO/CONJUNTO/HUESO:**
- Huesos rotos o torceduras

- Problemas de coordinación
- Problemas de postura
- Dolor, debilidad, hinchazón
- Brazos Hombros
- Caderas Manos
- Cuello Piernas
- Espalda Pies
- NARIZ/GARGANTA/PECHO**
- Dificultad para respirar
- Dificultad pasando la comida
- Resfriados frecuentes
- Ronquera
- Respiración por la boca
- Sangrado de la nariz
- Toz persistente
- Problemas sinuosas
- Dolor de garganta
- Faringitis estreptocócica
- Infecciones de anginas
- Jadeo
- PIEL**
- Contusiones fácilmente
- Cambios en lunares
- Urticaria
- Cicatrices que pican
- Llagas que no sanan

EVALUACIÓN DIETARIA:

¿Con qué frecuencia come su hijo/a los siguientes alimentos?

	3 veces/día	Diario	Semanal	Mensual	Raramente
Frijoles, guisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan, cereales, granos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dulce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productos lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aves de corral, peces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras, verdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras, amarillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué suplementos vitamínicos toma su hijo/a? _____ Con que frecuencia? _____

¿Hay fluoruro en tu agua? Si No

HOSPITALIZACIONES

RAZÓN	FECHA	HOSPITAL/ CIUDAD/ ESTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LESIONES O ENFERMEDADES GRAVES

EVENTO	FECHA	RESULTADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Su hijo ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? Si No

INMUNIZACIONES

SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA	Vacuna ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio, (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	contra el sarampión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	DPT (3 vacunas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio (Refuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	contra la parotiditis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	DPT (Refuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio por vía oral (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	anti rubéola
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	HIB (gripe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	PCV7 (Neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	de varicela

HISTORIA FAMILIAR

Proporcione la siguiente información sobre la familia inmediata de su hijo/a:

EDAD	SALUD GENERAL	EDAD	SALUD GENERAL	
Padre _____	_____	Hermano _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Madre _____	_____	Hermano _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Alguno de tus hijos ha muerto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Hermano _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Enumera los parientes consanguíneos del niño que tienen/ tenían las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	RELACIÓN CON EL NIÑO/A	CONDICIÓN	RELACIÓN CON EL NIÑO/A
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada	_____
<input type="checkbox"/> Alergia	_____	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	_____
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	_____
<input type="checkbox"/> Asma/enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad o trastorno mental	_____
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	_____	<input type="checkbox"/> Trastornos musculares	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos óseos/ articulaciones	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad cutánea	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno ocular/ceguera	_____	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____
<input type="checkbox"/> Perdida auditiva/trastornos del oído	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	_____
<input type="checkbox"/> Deficiencias genéticas	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea	_____
<input type="checkbox"/> Hemofilia	_____	<input type="checkbox"/> Otros	_____

HISTORIA DE LA SALUD PRENATAL E INFANTIL

Edad de la Madre al nacer _____

Lugar de nacimiento _____ Obstetricia _____

Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que ha experimentado durante el embarazo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uso de alcohol | <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias químicas o radiactivas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán |
| <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos sin receta médica (por favor, incluya una lista) _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos recetados (por favor, enumérense) _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas controladas, como narcóticos (por favor, enumérense) _____ | <input type="checkbox"/> Proteína en el orín |
| <input type="checkbox"/> Edema (hinchazón) | <input type="checkbox"/> Use de tabaco |
| | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades o infecciones _____ |

ENTREGA: Por favor, indique todas las que se aplican.

- A tiempo Prematuro Tarde Normal Inducido Prolongado Brecha Cesárea

Por favor describa: _____

SALUD INFANTIL:

Peso al nacer _____ Longitud _____
Peso del día de alta _____ Edad del día de alta _____

PROBLEMAS DE SALUD INFANTIL:

- Defectos de nacimiento _____
 Problemas respiratorios _____
 Infección _____
 Ictericia _____
 Transfusión _____
 Otros _____

ALIMENTACION:

- Lactancia materna Formula alimentada

DESARROLLO: tenga en cuenta la edad a la que su hijo/a:

- Levanto su cabeza _____ Semana
 Dio vuelta solo/a _____ Mes
 Hizo muecas/ se río _____ Mes
 Se sentó _____ Mes
 Se levanto _____ Mes
 Camino _____ Mes
 Comió con sus dedos _____ Mes
 Bebió de la taza _____ Mes
 Comió con cuchara _____ Mes
 Primera palabra _____ Mes
 Entrenado para baño _____ Mes
 Se vistió solo/a _____ Mes

EDUCACIÓN E HISTORIA SOCIAL

Explique cualquier problema o preocupación que tenga sobre su hijo/a en las siguientes áreas:

Aspecto / peso / altura _____

Comportamiento _____

Amigos _____

Grados / capacidad de aprendizaje _____

Sexualidad _____

¿Cuántas horas al día ve su hijo/a la televisión o juega a videojuegos? _____ Hace ejercicio? _____

¿Sospecha que su hijo está involucrado con: Drogas Alcohol Tabaco Ninguno

¿Ha notado alguna de las siguientes señales de advertencia del uso de drogas?

- | | | | |
|------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Comportamiento enojada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Depresión | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cambio de apariencia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Señales de drogas en la casa | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cambio de actitud | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Faltando escuela | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cambio en la amistad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Retirado/a de familiares o amigos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

INVENTARIO DE SEGURIDAD INFANTIL

Cantidad adecuada de alarmas de humo que funcionan Si No
El asiento/cinturón de seguridad del cuidado del niño Si No
Medicamentos, productos químicos y de limpieza fuera del alcance Si No
Jarabe de ipecac en el hogar Si No
Conocer numero de teléfono de control de veneno Si No
Calentador de agua por debajo de 120 grados F Si No

Tapones de seguridad en enchufes de pared Si No
Puerta de seguridad para las escaleras Si No
Evaluado para pintura descascarillada, ratas en casa Si No
El niño/a sabe nadar Si No
Armas están seguras en el almacenamiento Si No
Niño/a lleva casco de bicicleta Si No

PREOCUPACIONES DE LOS PADRES: Razón de la visita de hoy y cualquier otra preocupación o pregunta que tenga sobre su hijo/a.

Hasta donde sé, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que reportar información incompleta o inexacta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Entiendo que soy el único responsable de los errores u omisiones que pueda haber cometido al cumplimentar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si mi hijo menor alguna vez tiene un cambio en la salud.

Firma del padre / guardián o representate personal

Fecha

Imprima el nombre de la firma anterior

Relación con el paciente

PARA USO INTERNO

COMENTARIOS DEL MÉDICO _____

ACTUALIZACIONES (que se completarán en futuros nombramientos)

¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/a desde la última cita? Si No

Descripción: _____

Padre / Guardián

Fecha

Firma del medico

Fecha

¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/a desde la última cita? Si No

Descripción: _____

Padre / Guardián

Fecha

Firma del medico

Fecha

¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/a desde la última cita? Si No

Descripción: _____

Padre / Guardián

Fecha

Firma del medico

Fecha

¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/a desde la última cita? Si No

Descripción: _____

Padre / Guardián

Fecha

Firma del medico

Fecha