

Historial de Salud Pediátrica | Nuevo Paciente

Fecha: _____

Primer Nombre de Hijo	Segundo Nombre	Apellido
Apodo	Edad	Fecha de Nacimiento

Formulario completado por: _____

¿Razón por su visita? _____

¿Proveedor de salud anterior? _____ ¿Última visita? _____

¿Especialistas (pasado o presente)? _____

Arreglos de Vivienda:

¿Con quién vive el niño? (ej. Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

¿Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con los dos padres biológicos, cual es el estatus de custodia del niño?

¿Ocupación de los adultos viviendo con el niño?

MEDICAMENTOS

¿Toma el niño algunos medicamentos regularmente? ☐ Si ☐ No Explica:

¿Algunas vitaminas, hierbas o suplementos? ☐ Si ☐ No Explica:

¿Es alérgico a alguna medicina el niño? ☐ Si ☐ No Explica:

HISTORIAL MEDICO PERSONAL:

HISTORIA DE NACIMIENTO ¿Cuándo nació él bebe? ☐ A termino (37+ semanas) ☐ Adelantado ☐ Después de termino
 Si nació adelantado, ¿cuantas semanas de gestación? _____

Peso de nacimiento: _____ libras _____ onzas **O:** _____ kilogramos _____ gramos

Lugar de nacimiento: _____

Tipo de Parto: ☐ Vaginal ☐ Por cesárea Si por cesárea, ¿porque? _____

¿Tuvo algún problema él bebe después de nacer? ☐ Si ☐ No Explica: _____

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o problema durante el embarazo? ☐ Si ☐ No

Si respondió si, favor de explicar: _____

Durante el embarazo, la madre:

¿Fumo? ☐ Si ☐ No ¿Tomo alcohol? ☐ Si ☐ No ¿Uso drogas? ☐ Si ☐ No ¿Uso medicamentos? ☐ Si ☐ No

Fecha de adopción (si aplica): _____

¿Cómo fue dada la primera alimentación? ☐ Por seno ☐ Por biberón Si fue por seno, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Él bebe fue a casa con la madre del hospital? ☐ Si ☐ No

Si respondió no, favor de explicar: _____

HISTORIAL MEDICO PASADO – Si aplica, Tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes:

CONDICION	AHORA	PASADO	COMENTARIOS
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ansiedad, problemas de humor/depresión			
Uso de alcohol o drogas			
Anemia			
Asma, bronquitis, o neumonía			
Mojar la cama (después de 5 años)			
Infección del riñón o vejiga			
Deformidad del riñón o vejiga			
Problemas con sangramiento o coágulos			
Transfusión de sangre			
Cáncer o tratamiento de medula ósea			
Quimioterapia			
Varicela			
Problema crónico o recurrente de la piel			
Cataratas innatos o retinoblastoma			
Convulsiones o problemas neurológicos			
Descomposición dental			
Retraso de desarrollo mental			
Diabetes			

HISTORIAL MEDICO PASADO – Si aplica, Tiene o ha tenido alguna de las condiciones siguientes:

CONDICION	AHORA	PASADO	COMENTARIOS
Alergias a comidas o ambiente			
Dolor abdominal frecuente, estreñimiento			
Infección de oído frecuentes o pérdida de audición			
Dolores de cabeza frecuentes			
Transición de genero			
Lesiones de cabeza/conmoción cerebral/pérdida de conocimiento			
Problemas de corazón o murmuración de corazón			
Alergias nasales			
Obesidad			
Trasplanté de órganos			
Ronquido persistente			
Problemas con los ojos o vista			
Infección transmitida sexualmente			
Problemas de sueño			
Problemas con el tiroides o endocrina			
(Hembra)¿Ha empezado su menstruación?	Si	NO	
(Hembra)¿Problemas con menstruación?	Si	NO	
¿Algún otro problema significativo?	Si	NO	

GENERAL

¿El niño ha tenido un daño serio o accidente? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿El niño ha tenido alguna cirugía? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿El niño ha sido hospitalizado? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Están las vacunas al día? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Fuma algún miembro de la familia? ☐ Si ☐ No

Explica: _____

¿Hay pistolas en la casa? ☐ Si ☐ No Si respondió si, ¿están cerrados con llave lejos de los niños?:

HISTORIAL FAMILIAR: Adoptado? ☐ Si ☐ No

Favor de anotar alguna condicion medica conocida para los parientes siguientes.
 Por ejemplo: diabetes, cancer, ataque de corazon, derrame, presion arterial alta, alto colesterol, abuso de alcohol, abuso de drogas, depresion.

Pariente	Vivo, edad	Fallecido, edad de fallecimiento	Condicion(es) medicos	Causa de muerte (si aplica)
Madre				
Padre				
Abuela Maternal				
Abuelo Maternal				
Abuela Paternal				
Abuelo Paternal				
Hermanos				
Otros Parientes				

Comentarios adicionales:

¿Alguna otra cosa que quisiera compartir con nosotros sobre el niño?

MANEJO DE CASOS

¿Tiene acceso a suficiente comida? ☐ Si ☐ No

Actualmente, ¿tiene vivienda? ☐ Si ☐ No

¿Tiene transporte a sus citas medicas? ☐ Si ☐ No

Actualmente, ¿tiene algunos asuntos legales que le esta causando stres? ☐ Si ☐ No

¿Quisiera hablar con un coordinador de servicios sociales? ☐ Si ☐ No