

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA | Nuevo Paciente

Fecha de Hoy _____

NOMBRE DEL NIÑO

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

APODO

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

Formulario completado por: _____

¿Motivo de la visita hoy? _____

Proveedor de atención médica anterior? _____ ¿Última visita? _____

¿Especialistas (pasados o presentes)? _____

Arreglos de vivienda:

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

Si los padres no viven juntos o si el niño no vive con ambos padres biológicos, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

¿Ocupaciones de los adultos que viven con el niño?

MEDICAMENTOS

¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? ☐ Sí ☐ No Lista:

¿Alguna vitamina, hierba o suplemento? ☐ Sí ☐ No Lista:

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármaco? ☐ Sí ☐ No Listar y Explicar:

HISTORIA MÉDICA PERSONAL:

HISTORIA DEL PARTO ¿Cuándo nació el bebé? ☐ A término (37+ semanas) ☐ Temprano ☐

Tarde Si es temprano, ¿en cuántas semanas de gestación? _____

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz o: _____ kg _____ g

Lugar de nacimiento: _____

Parto: ☐ Vaginal ☐ Césarrea Si es cesárea, ¿por qué? _____

¿El bebé tuvo algún problema justo después del nacimiento? ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor explique:

¿La madre tuvo alguna infección, enfermedad o problema crónico o agudo durante su embarazo?

☐ Sí ☐ No Si es así, por favor explique:

Durante el embarazo, ¿la madre:

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No ¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Usa drogas? ☐ Sí ☐ No Medicamentos? ☐ Sí ☐ No

Fecha de adopción (si corresponde): _____

¿Cómo se realizó la alimentación inicial? ☐ Pecho ☐ Biberón Si se alimenta con leche materna, ¿por cuánto tiempo?

¿El bebé se fue a casa con la madre desde el hospital? ☐ Sí ☐ No

Si no, por favor explique: _____

HISTORIA PASADA – si corresponde, ¿su hijo/a tiene o ha tenido alguna vez:

CONDICIÓN	AHORA	ANTES	COMENTARIOS
TDAH/ansiedad/problemas de ánimo/depresión			
Consumo de alcohol/drogas			
Anemia			
Infección/malformación de la vejiga o los riñones			
Problemas de sangrado o coagulación			
Transfusión de sangre, transfusión de IVIG			
Tratamiento para el cáncer o de médula ósea			
Quimioterapia			
Varicela o Sarampión o Tuberculosis			
Problemas de colesterol			
Cataratas congénitas o retinoblastoma			
Problemas dentales o caries			
Retraso en el desarrollo			
Diabetes			
Problemas de oído (infecciones frecuentes, pérdida de audición, cerumen impactado, etc.)			
Alergias ambientales o alimentarias			
Problemas oculares o de visión			

CONDICIÓN	AHORA	ANTES	COMENTARIOS
Infecciones frecuentes de oído o pérdida de audición			
Dolores de cabeza frecuentes			
Problemas gastrointestinales (dolor abdominal crónico, estreñimiento, intolerancia a la lactosa, celiaquía,			
Transición de género o cuestionamiento			
Lesiones en la cabeza/conmoción			
Problema cardíaco o soplo cardíaco			
Problemas hormonales (tiroides, hormona de crecimiento, SOP, etc.)			
Problemas pulmonares (asma, neumonía)			
Obesidad			
Trasplante de órganos			
Convulsiones o Enfermedades Neurológicas			
Infecciones de transmisión sexual			
Condiciones de la piel (eczema, acné, etc.)			
Problemas de sueño (mojar la cama después de los 5 años, ronquidos, apnea del sueño, etc.)			
(F) ¿Ya le ha bajado la regla?	SÍ	NO	
(F) Problemas con los períodos	SÍ	NO	
¿Algún otro problema significativo?	SÍ	NO	

GENERAL ¿Ha tenido su hijo lesiones o accidentes graves? ☐ Sí ☐ No

Explica: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía su hijo/a? ☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

¿Alguna vez ha estado su hijo hospitalizado? ☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? ☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

¿Algún miembro de la familia fuma? ☐ Sí ☐ No

Explicar: _____

¿Hay armas en el hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Si es sí, están guardado lejos de los niños? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Por favor, especifique cualquier condición médica conocida de los familiares que se indican a continuación.

Por ejemplo: diabetes, cáncer, infarto, derrame cerebral, hipertensión, colesterol alto, abuso de alcohol, abuso de drogas, depresión.

Pariente	Vivo, edad	Fallecido, edad que falleció	Condición(es) médica(s)	Causa de muerte (si corresponde)
Mamá				
Papá				
El papá de mamá				
La mamá de mamá				
El papá de papá				
La mamá de papá				
Hermanos				
Otros parientes				

¿Adoptado el paciente? ☐ Sí ☐ No

Comentarios adicionales sobre la salud familiar:

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros sobre su hijo/a?
