

## 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: \_\_\_\_\_