



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? _____ mes Si nació el bebé en casa, ¿le hicieron análisis de sangre de detección básica para un recién nacido? Si No

¿Tubo usted alguna enfermedad o problemas? (Esto incluye enfermedades transmitidas sexualmente o enfermedades contagiosas)	Si	No	¿Usó usted alguna droga? (Tabaco, bebidas alcoholicas, drogas de la calle, remedios caseros o de la farmacia)	Si	No
¿Tomó usted alguna medicina recetada por su doctor?	Si	No	¿Le dieron de alto a su bebé juntamente con usted?	Si	No
¿Tuvu un parto difícil/anormal/cesárea?	Si	No	¿Le nació a usted más de un bebé?	Si	No
¿Tuvo el bebé algún problema durante la primera semana de vida?	Si	No	¿Se puso al bebé alguna vacuna para la hepatitis B?	Si	No

HISTORIAL MEDICO DEL NINO: Hombre Mujer

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.

¿Fue adoptado este niño? Si No

La medida: _____ pulgadas

¿Ha tenido alguna vez? :

<i>Sarampión, varicela, paperas, sarampión alemán</i>	Si	No	<i>Vómitos después de comer, se rehusa a comer</i>	Si	No
<i>Tuberculosis o una prueba positiva de tuberculosis</i>	Si	No	<i>Problemas de los músculos, articulaciones o huesos</i>	Si	No
<i>Problemas con los ojos o con la vista</i>	Si	No	<i>Problemas de la piel</i>	Si	No
<i>Problemas con los oídos o oír</i>	Si	No	<i>Dolores de cabeza o mareos</i>	Si	No
<i>Dificultad al respirar/roncar en la noche</i>	Si	No	<i>Convulsiones, ataques, epilepsia</i>	Si	No
<i>Problemas del corazón</i>	Si	No	<i>Diabetes</i>	Si	No
<i>Asthma, bronquitis o pulmonia</i>	Si	No	<i>Problemas con la tiroides</i>	Si	No
<i>Anemia, problemas de hemorragia, transfusiones de sangre</i>	Si	No	<i>Alérgias</i>	Si	No
<i>Dolores de estómago</i>	Si	No	<i>Problemas con el desarrollo o con el desempeño escolar</i>	Si	No
<i>Diarrhea, manchándose con el excremento</i>	Si	No	<i>Enfermedades o accidentes graves</i>	Si	No
<i>Problemas con la vejiga o con los riñones, orinarse en la cama o en la ropa interior</i>	Si	No	<i>Cirugía o hospitalización</i>	Si	No
<i>Estreñimiento/constipación</i>	Si	No	<i>(Niñas) ¿Ha comenzado con su menstruación?</i>	Si	No
			<i>(Niñas) ¿Hay problemas con su menstruación?</i>	Si	No

HISTORIAL SOCIAL DEL NINO:

Étnicidad: Hispano o Latino No Hispano o no Latino

Raza: Asiático Hawaiano Nativo Otras Islas del Pacifico Indigeno norteamericano Americano Afro Americano

Mas de Una Raza Otro

HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA: Tiene alguien de la familia: madre (M), padre (P), hermano (HO), hermana (HA), tío (TA), abuela (AA), abuelo (AO)

¿Cual miembro familiar?

¿Cual miembro familiar?

Si	No	Diabetes		Si	No	Alta presión de sangre	
Si	No	Epilepsia o convulsion		Si	No	Trastornos sanguíneos	
Si	No	Retraso mental		Si	No	Tuberculosis	
Si	No	Cancer		Si	No	Alérgias	
Si	No	Enfermedad de los riñones o urinaria		Si	No	Problemas de los pulmones o con la respiración	

INFORMACION SOBRE LOS PADRES:

Madre:

Padre:

Edad: _____

Altura: _____

Ocupación: _____

INFORMACION DOMICILIARIA:

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Viven ambos padres en la casa? Si No

¿Alguien en la casa fuma o usa drogas o bebidas alcoholicas? Si No

¿Qué idioma se habla en casa? _____

¿Vive usted en una Casa Apartamento Refugio

Casa Remolque Sin casa ni hogar

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Firma Del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Relacion al Paciente: _____

Firma del que Revisa: _____ Fecha: _____

