

HISTORIA INICIAL

		Nombre de Paciente _____	
		Número de Aseguro _____	
Nombre de Padres _____	Fecha _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Doméstico

Por favor de registrar todos los que viven en el hogar.

Nombre	Relacion al niño/nina	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

Hay hermanos que no están registrados? Registrar los nombres y edades, y donde viven. _____

Si los padres no viven juntos o si los niños no viven con los padres, cuál es el estado legal de custodia? _____

Si padres no viven en el hogar, cuántas veces miran al niño/nina? _____

Historia de Nacimiento

Peso al nacer _____
Nació el bebé al plazo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____

Si fue temprano, a cuántas semanas de gestación _____

Tuvo la Madre enfermedades o problemas con el embarazo?

Sí No Explicar _____

Durante el embarazo:

Fumar Sí No Tomar Alcohol Sí No

Uso drogas o medicamento Sí No

Cuáles _____ Cuando _____

El parto fue Vaginal Cesaria

Si fue cesaria, por qué? _____

Tuvo su bebé problemas después de nacer?

Sí No Explicar _____

Cuál fue el alimento inicial? Pecho Botella

Cuándo salió del hospital salió su bebé con Usted?

Sí No Explicar _____

General

Considera su niño/nina en buena salud?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tiene una condición médica o una enfermedad seria?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tuvo un accidente o heridas serias?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina han tenido cirugía?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina han estado hospitalizado?

Sí No Explicar _____

Su niño/nina tiene alergia a las medicinas o drogas?

Sí No Explicar _____

Desarrollo

Esta preocupado por el desarrollo físico de su niño/nina?

Sí No Explicar _____

Esta preocupado por el desarrollo mental o emocional de su niño/nina

Sí No Explicar _____

Esta preocupado por el apoyo de atención de su niño/nina?

Sí No Explicar _____

Si su niño/nina está en la escuela:

Como es su comportamiento en la escuela? _____

Su niño/nina han fracasado o repetido un grado en la escuela? _____

Como va con las clases de escuela? _____

Tiene clases o recursos especial? _____

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRAS

DEDICADO A LA SALUD DE LOS NIÑOS

Historia Familiar

Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Allergia nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del corazón (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Alta presión (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Colesterol alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Desorden de sangria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Diabético (antes de 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Orinar la cama (después de 10 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsions	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Abuso del alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Problemas de Inmune, HIV o Sidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quién _____	Comentarios _____
Historia adicional de familia		_____	_____

Historia del Pasado

Su niño/nina han tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuentar infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de oídos o de escuchar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Allergia nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas con los ojos o vision	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Asma, bronquitis o pulmonia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Algún problema del corazón o murmullo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de anemia o de sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Tranfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuentar dolor del abdomen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Estreñimiento requieren visitas al doctor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Infección de vejia o riñon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Orinar la cama (después de 5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
(Para ninas) Han empezado con la regala menstrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
(Para ninas) Tiene problemas con la regala menstrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas cronicas o recurrente (acne, eczema)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Frecuentar dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Convulsiones o con otras problemas neurologicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Diabético	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Ha tenido otras problemas significantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____
Han usado alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____