

Historia de Salud Pediátrica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F

Fecha: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Lesiones: _____

Hospitalización: _____

Historia Prenatal:

Cualquier anomalías observadas durante el embarazo? Por favor, explique _____

Tipo de parto: _____ La edad gestacional al momento del parto: _____

El peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____

Problemas de salud infantil:

_____ Los defectos de nacimiento	_____ Problemas respiratorios	_____ Infección
_____ Transfusión	_____ Prematuro	_____ Ictericia
_____ La lactancia materna	_____ La alimentación con fórmula	_____ Otro _____

_____ Los hitos del desarrollo: Normal Anormal - por favor explique

Inmunizaciones:

DPTa:	S	N	Polio:	S	N	Sarampión:	S	N
Hepatitis B:	S	N	Gripe:	S	N	Paperas:	S	N
Varicela:	S	N	Rubéola:	S	N	PCV7:	S	N

Historia de la Medicina:

Marque todas las que correspondan

___ Asma	___ Varicela	___ Sarampión	___ Prematuro
___ Anemia	___ Hepatitis	___ Rubéola	___ Neumonía
___ Bronquitis	___ VIH	___ Paperas	

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hambre excesiva | <input type="checkbox"/> Infección de las anginas |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Ronchas |
| <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Ganas frecuentes de orinar | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Infecciones en el oído | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Huesos quebrantados |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Problemas de hablar | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Lesiones deportivas |
| <input type="checkbox"/> La sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso / aumento | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Tos persistente | |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> La faringitis estreptocócica | |

Historia Familiar:

Por favor proporcione la siguiente información acerca de la familia inmediata de su hijo.

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____ Edad de hermanos: _____

¿Alguno de sus hijos han fallecido? **S** **N**

Por favor, indique las condiciones que cualquiera de los parientes de sangre han tenido y la relación con el niño

Condición	Relación	Condición	Relación
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	_____	<input type="checkbox"/> Hemofilia	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	<input type="checkbox"/> TB	_____
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	_____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> VIH/CIDA	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	_____
<input type="checkbox"/> Los defectos de nacimiento	_____	<input type="checkbox"/> La enfermedad pulmonar	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos de huesos / articulaciones	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno mental	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____	<input type="checkbox"/> Atraso mental	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Trastorno muscular	_____
<input type="checkbox"/> Los defectos genéticos	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer	_____

___ Hipertensión _____

___ Enfermedad de la tiroides _____

___ Derrame cerebral _____

___ Otro _____

___ Muerte súbita _____

Al mejor de mi conocimiento, la información consignada es completa y correcta. Entiendo que las inexactitudes o información incompleta informadas puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Entiendo que soy el único responsable de los errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico si mi niño tiene algún cambio en la salud.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del médico

Fecha

Actualizaciones:

¿Ha habido algún cambio en la salud de su hijo desde la última cita?

S

N

Por favor, describa _____

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del médico

Fecha