

HISTORIA MEDICA DEL RECIEN NACIDO

(0-2 meses)

En orden de proveerle el mejor cuidado a su Bebe, favor de ayudarnos a completar esta historia medica. Déjenos saber si necesita ayuda completando la forma.

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:				
Quien completa esta forma: [] Madre [] Padre [] Miembro de la familia [] Otra persona						
HISTORIA MATERNA						
Edad actual de la madre?						
Liste alguna enfermedad (física o mental) de la madre antes o durante el embarazo?						
La madre del bebe se ha sentido, triste, deprimida, o desesperada en las ultimas 2 semanas?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
EMBARAZO						
En que mes del embarazo empezó a ver a su doctor para cuidado prenatal?		<input type="checkbox"/> 1-3 meses	<input type="checkbox"/> 4-6 meses	<input type="checkbox"/> 7-9 meses		
Hubo alguna complicación durante el embarazo?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Uso algún medicamento durante el embarazo fuera de las vitaminas					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La madre del bebe uso drogas ilegales durante el embarazo?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La madre uso alcohol durante el embarazo?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La madre fumo tabaco durante el embarazo?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PARTO/CESAREA						
Cuantas semanas de embarazo tenia cuando nació el bebe?						
Como nació su bebe? <input type="checkbox"/> parto vaginal o <input type="checkbox"/> cesárea						
Hubo alguna complicación después del parto?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La madre recibió anestesia o alguna otro medicamento durante el parto?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se utilizaron fórceps (Pinzas vaginales) durante el parto?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
HISTORIA DEL BEBE						
Se le administro la vacuna de la Hepatitis B a su bebe?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cual fue el peso de su bebe al nacer?		Tuvo color amarillento de la piel?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Le da pecho a su bebe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	El bebe toma formula?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Que marca de formula utiliza?						
Cuantas onzas toma en cada comida?	<input type="checkbox"/> 1 oz	<input type="checkbox"/> 2 oz	<input type="checkbox"/> 3 oz	<input type="checkbox"/> 4 oz	<input type="checkbox"/> 5 oz	
Cada cuantas horas come su bebe?	<input type="checkbox"/> 1/2 hora	<input type="checkbox"/> 1 hora	<input type="checkbox"/> 2 horas	<input type="checkbox"/> 3 horas	<input type="checkbox"/> 4 horas	
Cuantos pañales usa su bebe en un día?	<input type="checkbox"/> 1-3 pañales	<input type="checkbox"/> 4-7	<input type="checkbox"/> 8-11	<input type="checkbox"/> 12-15		
Su bebe tiene heces duras (estreñido)?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En que posición pone a dormir a sus bebe? (circule una)			Espalda	Abdomen	Lado	
Utiliza una silla de carro?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Recibe servicios de WIC?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Esta expuesto su bebe a humo de cigarro?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene cuna, moisés o algún otro lugar aceptable donde duerma su bebe?					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
HISTORIA DEL PADRE						
Enliste abajo enfermedades importantes del padre (físicas o mentales).						
HISTORIA FAMILIAR						
Favor de enlistar enfermedades (físicas o mentales) de miembros de la familia inmediata.						