

HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

(Edad 2 meses -12 años)

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
-----------------------------	-----------------------------

Persona completando la forma: Madre Padre Familiar Otra Persona

HISTORIA MEDICA

Enliste todas las alergias de su hijo (a) (medicamentos/comida/ambiente) :

Si su hijo (a) a no ha tenido ninguna enfermedad marque con una "x" la siguiente caja

Favor de contestar a todas las preguntas que apliquen a su hijo (a):

Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Si	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Si
Asma	<input type="checkbox"/> Si	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si
Desorden de déficit de atención	<input type="checkbox"/> Si	Fracturas	<input type="checkbox"/> Si
Desorden de déficit de atención con hiperactividad	<input type="checkbox"/> Si	Perdida del oído	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si	Infante prematuro	<input type="checkbox"/> Si
Cáncer Tipo:	<input type="checkbox"/> Si	Su hijo recibe educación especial?	<input type="checkbox"/> Si
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Si	Dificultad para el habla	<input type="checkbox"/> Si
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Si	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Si

Esta su hijo (a) tomando algún medicamento? Si No - Si su respuesta es si, favor de enlistar los medicamentos, dosis y para que los toma?

HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES/ Y CIRUGIAS

Favor de enlistar cirugias y Hospitalizaciones previas? Si No - favor de enlistar las razones de la hospitalizacion y fechas?

HISTORIA SOCIAL

Favor de checar todas las opciones que apliquen a su hijo (a):

Vive con padres	<input type="checkbox"/> Si	Esta en la escuela	<input type="checkbox"/> Si
Vive con padres adoptivos	<input type="checkbox"/> Si	Pasa tiempo en guardería	<input type="checkbox"/> Si
Vive en casa hogar	<input type="checkbox"/> Si	Esta expuesto a humo de cigarro	<input type="checkbox"/> Si
Otros: _____	<input type="checkbox"/> Si	Hay armas de fuego en casa	<input type="checkbox"/> Si

HISTORIA FAMILIAR

Favor de marcar con una (✓) si alguno de estas opciones aplican a un miembro de la familia de su hijo (a)

Historia Familiar	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Alcoholismo				
Enfermedades de la sangre				
Cáncer Tipo:				
Diabetes				
Uso de drogas				
Enfermedades genéticas				
Alto colesterol				
Alta presión				
Enfermedad renal				
Convulsiones				
Enfermedad de células falciformes				
Embolia				
Enfermedades de Tiroides				

Nombre de la persona completando esta forma: _____ Fecha: _____

5/28/2015