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 preguntes que apliquen a su hijo (a):

Rinitis alérgica	□ Si	Diabetes	□ Si
Anemia	□ Si	Problemas de la vista	□ Si
Asma	□ Si	Convulsiones	□ Si
Desorden de déficit de atención	□ Si	Fracturas	□ Si
Desorden de déficit de atención con hiperactividad	□ Si	Perdida del oído	□ Si
Enfermedades de la sangre	□ Si	Infante prematuro	□ Si
Cáncer Tipo:	□ Si	Su hijo recibe educación especial?	□ Si
Parálisis cerebral	□ Si	Dificultad para el habla	□ Si
Retraso mental	□ Si	Reflujo gastroesofágico	□ 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	□ Si	Esta en la escuela	□ Si
Vive con padres adoptivos	□ Si	Pasa tiempo en guardería	□ Si
Vive en casa hogar	□ Si	Esta expuesto a humo de cigarro	□ Si
Otros: _____	□ Si	Hay armas de fuego en casa	□ 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:** _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

3 – 4 años *(3 –4 Years)*

Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	☐ mujer ☐ hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? ☐ Sí ☐ No
Persona que llena el formulario	☐ Padre/madre ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Tutor ☐ Otro (especifique)			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? ☐ Sí ☐ No

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre alguna sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

					Clinic Use Only:
1	¿Su hijo bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, leche de soja o tofu? *Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	Nutrition
2	¿Su hijo come frutas y verduras, al menos, 2 veces al día? *Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
3	¿Su hijo come alimentos con alto contenido de grasa, como alimentos fritos, papitas, helado o pizza más de una vez por semana? *Child eats high fat foods more than once per week?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
4	¿Su hijo bebe más de una taza pequeña (taza de 4 a 6 oz.) de jugo al día? *Child drinks more than one small cup of juice per day?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
5	¿Su hijo toma refresco, jugos, bebidas deportivas, bebidas energizantes u otras bebidas endulzadas más de una vez por semana? *Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
6	¿Su hijo hace ejercicio o juega deportes la mayoría de los días? *Child plays actively most days of the week?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	Physical Activity
7	¿Le preocupa el peso de su hijo? *Concerned about child's weight?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
8	¿Su hijo ve televisión o juega juegos de video menos de 2 horas al día? *Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
9	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? *Home has a working smoke detector?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	Safety
10	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? *Water temperature turned down to low-warm?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
11	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? *Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
12	En su hogar, ¿los materiales de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? *Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
13	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? *Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	

14	Cuando su hijo está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? *Always stays with child when in the bathtub?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
15	¿Su hijo siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia delante, en el asiento de atrás? *Always places child in a forward facing car seat in the back seat?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
16	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su hijo? *Car seat used is correct size for age and size of child?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
17	¿Se fija usted siempre que no haya niños al retroceder en el automóvil al salir de su cochera? *Always checks for children before backing car out?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
18	¿Su hijo pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? *Child spends time near a swimming pool, river, or lake?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
19	¿Su hijo pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? *Child spends time in home where a gun is kept?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
20	¿Su hijo siempre usa casco al montar en bicicleta, patineta o *scooter*? *Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	
21	¿Su hijo ha presenciado o ha sido víctima de abuso o violencia? *Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	
22	¿Su hijo se cepilla los dientes y los limpia con hilo dental todos los días? *Child is helped to brush and floss teeth daily?*	Sí *Yes*	No	Omitir *Skip*	Dental Health
23	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? *Child spends time with anyone who smokes?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	Tobacco Exposure
24	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? *Any other questions or concerns about child's health or behavior?*	No	Sí *Yes*	Omitir *Skip*	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical Activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Tobacco Exposure	☐	☐	☐	☐	☐ **Patient Declined the SHA**

PCP's Signature	Print Name:	Date:

SHA ANNUAL REVIEW

PCP's Signature	Print Name:	Date:
PCP's Signature	Print Name:	Date:

Cuestionario para evaluación de Riesgo de Tuberculosis

Fecha: _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

* Si su hijo tiene una cita el día de hoy, favor de llenar éste cuestionario con información pertinente al niño(a).

Indique si manifiesta alguno de los siguientes síntomas: Tos Fiebre Pérdida de apetito Tos con sangre Fatiga Pérdida de Peso Sudores Nocturnos		
1. Indique si alguna vez ha tenido una prueba de Tuberculosis positiva (Piel o sangre): **(Si la respuesta es sí, responda A-D) (Si la respuesta es no, pasar a la # 2)** _____ **Responda sólo si ha tenido una prueba con resultado positivo:** A. Fecha de la prueba positiva: _____ B. Fecha de la última radiografía de tórax: _____ Normal: **Sí** **No** C. Tomo algún tratamiento preventivo? **Sí** **No** D. Fechas del tratamiento preventivo: _____	Sí	No
2. Indique si en las últimas 4 semanas ha sido vacunado contra la varicela, gripe, herpes, rubeola, paperas o sarampión:	Sí	No
3. Tiene usted contacto con alguien que tenga Tuberculosis?	Sí	No
4. ¿En los últimos 5 años ha vivido o trabajado en prisión, hospital, hogar de ancianos, casa de asistencia, o con padres adoptivos?	Sí	No
5. ¿Nació usted en Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
6. ¿En los últimos 2 años ha viajado a Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
7. ¿Está usted actualmente sin hogar, trabajador migrante, consume drogas?	Sí	No

He recibido información sobre la prueba de la tuberculina y he tenido la oportunidad de formular preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en regresar en 48 a 72 horas para que mi prueba de la tuberculosis sea leída. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba de la tuberculina y solicito se me administre. Entiendo que si presento síntomas de tuberculosis, o la prueba de la tuberculina es positiva, necesito tener seguimiento con mi médico y tratamiento adicional puede ser necesario.

Forma completado por (Firma): _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: (Yo), (Padre), (Tutor), (Otro): _____

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	☐	☐	☐
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

Saint Paul, Minnesota ▪ 651-647-9009 ▪ www.immunize.org ▪ www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf ▪ Item #P4060-01 Spanish (10/16)

Que come su hijo(a)?

(Edades 0 – 8)

Encierre en un círculo los alimentos que come su hijo a diario o 3 veces por semana:

Alimentos para Bebés

Leche materna Formula con hierro Cereal con hierro
Puré de Frutas Puré de Vegetales Puré de Carne Huevos Frijoles
Jugos Bebidas azucaradas Miel

Pan, Granos y Cereales

Pan integral Pan blanco Tortilla Pan dulce
Cereal con hierro Avena Bagels Saladitas Pretzels
Sopa de fideos Pasta Arroz

Frutas y Vegetales

Manzana Fresas Uvas Peras Durazno Jugos 100%
Piña Naranja Plátano Melón Mango Cantalupo
Pimientos Chile picante Tomate Papas Pepino Chicharos
Brócoli Ensalada verde Repollo Maíz Ejotes Papas dulces
Zanahorias Legumbres verdes

Productos Lácteos

Leche entera Leche 2% Leche 1% Leche descremada
Leche de sabor Requesón Leche sin lactosa Queso
Yogurt Helado/Nieve

Otras Fuentes de Calcio

Frijoles Tofu Yogurt/leche de soya Legumbres verdes
100% Jugo con calcio Leche vegetal fortificada (almendras, arroz)

Alimentos Ricos en Proteínas

Pollo/Pavo Burritos de Carne/frijoles Jamón/cerdo Tacos
Frijoles/lentejas Cacahuates/mantequilla Tofu Carne de Res
Pescado/enlatado Espaguetis con albóndigas Huevos

Otros Alimentos

Hot dogs Hamburguesa Pizza Papas Fritas Pollo Frito
Tostadas de Maíz Chetos Dulces Chocolate Galletas

Encierre en un círculo si su bebé/niño usa

Fluoruro Hierro Vitaminas
Cuchara Taza Biberón/mamila Cepillo de dientes

Encierre en un círculo si su bebé/niño toma

Agua Soda Bebidas Azucaradas Bebidas deportivas Jugos

Encierre en un círculo las actividades que hace a diario

Gatear Caminar Columpiarse Salta cuerdas
Jugar pelota Manejar triciclo/bicicleta
Ve televisión, juega videos o computadora más de dos horas al día.

ENCIERRE EN UN CIRCULO SI SU HIJO/A RECIBE

CalFresh (estampillas de comida), alimentos gratis en la escuela, Head Start, WIC

Nombre del niño/a: _____ **Registro #:** _____

Edad: ____años ____meses **Peso:** ____lb **Alt:** _____plg **Fecha:** ___/__/____

Adapted from the CHDP Programs of Orange and San Bernardino Counties

Maque **Si** *o* **No**
Para responder a las siguientes preguntas:

0 a 24 meses

Su niño/a de menos de 1 año de edad
Come miel/jarabe? **Sí No**

0-6 meses

Amamanta al menos de 8–12 veces al día
por los primeros 6 meses de edad? **Sí No**
Amamanta 6-8 veces o más al día (24 hrs)
Entre los 4-6 meses de edad? **Sí No**
Le da de comer 20 onzas de formula
con hierro al día (24hrs) **Sí No**

6 a 9 meses

Come cereal para bebés con hierro? **Si No**
Come puré de frutas o verduras? **Si No**
Come carne hecha puré o molida de res
Pescado, huevos duros, frijoles, tofu? **Si No**
Toma o bebe de un vaso entrenador? **Si No**

9 a 12 meses

Come comidas picadas o molidas? **Si No**
Come con sus dedos? **Si No**

1 a 2 años

Toma 16 onzas de leche al día? **Si No**
Come una variedad de comidas? **Si No**
Come solo o sola? **Sí No**
Comparte comidas y meriendas
en familia? **Si No**
Toma sodas u otras bebidas dulces? **Si No**

Otros

Tiene su niño/a alergias o intolerancias a
comidas? **Si No**
lista: _____
Su niño/a come tierra, yeso, barro o pedazos de
pintura? **Sí No**
Su niño/a menor de 3 años de edad come,
Uvas, nueces, semillas, palomitas de maíz, hot dogs
y/o dulces duros

OFFICE USE ONLY

Referred for
identified nutrition problem? **Yes No**
If yes, where: _____
_____
Provider initials: _____