

FORMA DE HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ OCUPACIÓN _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ OCUPACIÓN _____

MÉDICO ANTERIOR DEL PACIENTE _____ PREOCUPACIONES DE SALUD _____

MEDICAMENTOS/VITAMINAS _____ REMEDIOS DE HIERBAS _____

ALERGIAS/REACCIONES A MEDICAMENTOS O VACUNAS _____

1. EMBARAZO Y NACIMIENTO

Es este hijo tuyo por: Nacimiento Adopción Hijastro Foster Otras _____

Por favor indicar algún problema médico durante el embarazo: Ninguno Espeifique _____

Paro por: Vaginal Si cesárea, Especifique _____

Peso de nacimiento _____ longitud de nacimiento _____

Favor indicar algún problema médico durante el período de recién nacido del bebé: Ningun problema Si _____

Si prematura ¿cómo temprano? _____

Algún otro Problema _____

Nombre del Hospital donde nació su hijo: _____

2. NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

Fue su niño amamantado? No Si si, ¿cuánto tiempo? _____

Ha tenido su hijo algún problema de alimentación/dieta inusual? No Sí Especifique sí _____

Tipo de ingesta de la leche: leche de vaca (no grasas 1% grasa 2% grasa leche entera) leche de soya

Promedio de onzas por día (Nota 8 onzas en 1 taza) _____

3. DORMIR

Horas por noche _____ Siesta (número y duracion) _____

¿Problemas de sueño? _____

4. DESARROLLO

¿A qué edad el niño se siente sola : _____ Caminar: _____ Primera palabra: _____ Aprendio a usar el baño: _____

Sólo las niñas: edad de primera menstruación _____

5. HISTORIA DENTAL

Ha visto su niño a un dentista? No Sí si, con qué frecuencia _____ Fecha de última visita _____

6. INMUNIZACIÓN

Favor de traer cartilla de vacunación de su hijo a la cita

La negativa a vacunar: No Preferencia sí vacuna, explain _____ fecha de la última prueba de la TB: _____

7. EXPOSICIÓN/HÁBITOS

¿Cualquier preocupación sobre la exposición al plomo? (Antigua casa/plomeria/pintura) No Sí

¿Algún miembro de la familia fuma? No Sí

Horas por día de T.V _____ Horas por dia de computadora _____ Horas por dia de Juegos de video _____

8. ANTECEDENTES MÉDICOS

Describe problemas médicos mayores y sus fechas _____

Hospitalizaciones, cirugía (con fechas) _____

¿Ha sido su hijo tratado o diagnosticado con

Fractura o esguinces graves _____ Convulsiones _____

Asma o enfermedad de vía Respiratoria _____ Anemia _____

Sibilancias o bronquiolitis _____ Syndrome genética _____

Alergias o eczema en la piel _____ Depresión/ansiedad _____

Alergias de alimentos _____ Neumonía _____

Infección de oído recurrente _____ Infección urinaria _____

Retraso mental o discapacidad de aprendizaje _____

Otros _____

Por favor escriba especialista que su hijo está viendo _____

CRESENCIA D. BANZUELA MD INC

9. HISTORIAL DE FAMILIA

¿Algún miembro de la familia tiene cualquiera de las siguientes condiciones?

Condición	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón/enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión, ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor explique todos positivos: _____

10. HISTORIA SOCIAL

¿Quién vive en el hogar con su hijo? Mamá Papá Hermanos (#___) Abuelos Otras _____

Los padres del niño son: Casado con Soltero Divorciado Otras _____

Cuidado de niños: Padres Familiares Guardería Niñera

¿Su hijo asiste a la escuela? No Sí Grado: _____

Cualquier inquietud sobre el funcionamiento escolar: No Sí, explica _____

Cualquier preocupación acerca de las relaciones con los compañeros o maestros? No Sí, explica _____

¿Deporte/ejercicio: Tipo _____ Con qué frecuencia? _____ Cuánto tiempo _____ min

11. REVISIÓN DEL SISTEMA DE ÓRGANOS (favor de circular todos los síntomas que se aplican)

Constitucional/Sistema Endocrino

- Fiebre/escalofríos/excesiva sudoración
- Inexplicada pérdida de peso

Ojos

- Entrecerrando/cruzado
- Mirada asimétrica

Oídos/nariz/garganta

- Problemas de audición, alta voz
- Boca respiración/ronquidos g
- Mal aliento
- Frecuente flujo nasal
- Problemas con los dientes / encías

Respiratoria

- Tos/Sibilancias

Gastrointestinales

- Náuseas, vómitos/diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en evacuaciones

Cardiovascular

- Cansa fácilmente con esfuerzo
- Dificultad respiratoria

Genitourinario

- Desmayo
- Mojar la cama
- Dolor al orinar
- Pene o flujo vaginal

Neurológica

- Dolores de cabeza
- Debilidad

Sangre/Linfaticos

- Protuberancias
- Fácil contusión hemorragia

Alergia

- Rinitis alérgica, picazón de ojos

Piel

- Erupciones cutáneas
- Lunares inusuales

Psiquiátrico Emocional

- Problemas del habla
- Ansiedad, estrés
- Problemas con el sueño
- Pesadillas
- Depresión
- Morderse las uñas
- Chuparse el dedo
- Mal carácter
- Aguntar la respiración
- Celos

Muscular, Esquelético

- Dolor muscular
- Dolor en articulaciones

NOMBRE DEL PACIENTE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

FIRMA _____ **RELACIÓN CON EL PACIENTE** _____ **FECHA** _____