

# HISTORIA PEDIÁTRICA MÉDICA Y SOCIAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha Actual: \_\_\_\_\_

Nombre de Padres / Persona responsable: \_\_\_\_\_ Persona llenando el formulario: \_\_\_\_\_

Problemas Médicos Actuales: \_\_\_\_\_

<b>Alergias:</b>	
<b>Medicamentos Actuales:</b> (Favor de dar una lista de medicinas, con y sin receta, vitaminas y hierbas.)	
<b>Historia Médica:</b>	
<b>Embarazo:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Problema:	
<b>Parto:</b> <input type="checkbox"/> Vaginal Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Problema:	
<b>Peso al Nacer:</b> _____ <b>Problemas al nacer o poco después:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:	
<b>Cirugías y Hospitalizaciones:</b>	<b>Fecha:</b>

Historia Médica de Usted y Su Familia													
	Hijo	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro		Hijo	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro
Abuso de Drogas / Alcohol							Desorden Musculoesquelético						
Alergias, Nasal / Ojos							Desorden de Sistema Nervioso						
Artritis							Obesidad						
Asma							Osteoporosis						
Sangrados/Desorden de Sangre							Anemia de Células Falciformes						
Cáncer							Apoplejía / Coágulo de Sangre en el Brazo / La Pierna						
Depresión							Enfermedad de Tiroides						
Diabetes							Tuberculosis						
Enfermedades Genéticas / Defectos de Nacimiento							Colitis						
Dolores de Cabeza/Migrañas							Enfermedad de Ojos						
Problemas del Corazón (Ataques / Angina)							Deficiencia de Hierro						
Colesterol Alto							Enfermedad de Hígado / Hepatitis						
Presión Alta de la Sangre							Soriosis / Eczema						
Enfermedad de Riñón							Muerte Repentina, Sin Explicación						
Enfermedad Mental/Intento de Suicidio							Otro:(Describe)						

Favor de llenar ambos lados del formulario



# HISTORIA PEDIÁTRICA MÉDICA Y SOCIAL continuación

<b>Estado Familiar:</b>			
Relación	Nombre	Edad	Comentarios
Madre			
Padre			
Hermana (s)			
Hermano (s)			
Padrastra/ Madrastra			
Medio Hermanos (as)			
Personas viviendo en la casa con el niño			

**Historia Ambiental:** ¿Tiene preocupaciones acerca de problemas que pueden afectar la salud, y la seguridad de su hijo? Marque las que sean apropiadas a su situación- Apunte sus comentarios

Seguridad en el hogar (químicos, armas, etc):

Seguridad en la vecindad:

Seguridad en los carros, bicicletas (cinturones, cascos):

Violencia Doméstica:

Alcohol, Fumar, Consumo de Drogas:

Estrés:

**Preocupaciones Personales:** ¿Tiene preocupaciones sobre la salud física, mental, emocional o social de su hijo? Si así es, marque las razones apropiadas

Nutrición y Hábitos Alimenticios: \_\_\_\_\_

Sueño: # de horas de sueño en 24 horas: \_\_\_\_\_

El desarrollo físico: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Comportamiento: \_\_\_\_\_

Relación con los demás: \_\_\_\_\_

Juegos normales de la niñez: \_\_\_\_\_

Capacidad de prestar atención y realizar tareas rutinarias: \_\_\_\_\_

**Los niños de edad escolar:**

Desempeño Escolar: \_\_\_\_\_

Actividades Físicas: \_\_\_\_\_

Televisión, juegos electrónicos: # de horas en 24 horas: \_\_\_\_\_

Anote las actividades favoritas de su hijo(a) (deportes, artes, pasatiempos, etc): \_\_\_\_\_

**Otros comentarios:** \_\_\_\_\_

