

HISTORIA PEDIÁTRICA MÉDICA Y SOCIAL

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha Actual: _____

Nombre de Padres / Persona responsable: _____ Persona llenando el formulario: _____

Problemas Médicos Actuales: _____

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

Historia Médica de Usted y Su Familia													
	Hijo	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro		Hijo	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro
Abuso de Drogas / Alcohol							Desorden Musculoesqueletal						
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							Soriasis / Eczema						
Enfermedad de Riñón							Muerte Repentina, Sin Explicación						
Enfermedad Mental/Intento de Suicidio							Otro:(Describe)						

HISTORIA PEDIÁTRICA MÉDICA Y SOCIAL continuación

Estado Familiar:			
Relación	Nombre	Edad	Comentarios
Madre			
Padre			
Hermana (s)			
Hermano (s)			
Padraastro/ 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: _____