

Formulario Historial Médico del Paciente

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy _____

Historial Médico

¿Su hijo ha tenido una infección de las vías urinarias? **SI** **NO** (¿si es así a qué edad? _____)

¿Ha sido su hijo diagnosticado con asma o sibilancias? **SI** **NO** (¿si es así a qué edad? _____)

¿Su hijo ha tenido algún problema médico? **SI** **NO** Especificar: _____

¿Su hijo ha tenido alguna fractura, conmoción cerebral o cualquier otra lesión grave? **SI** **NO** Especificar (incluya la edad): _____

¿Su hijo tiene algún tipo de alergias? **SI** **NO** (por favor en caso afirmativo especificar): _____

¿Ve su hijo algún especialista? **SI** **NO** (¿si es así Quien? _____)

¿Su hijo ha recibido terapias ocupacionales, físicas o del habla? **SI** **NO** Explicar: _____

¿Cirugías o hospitalizaciones (En qué hospital fue internado su hijo?):

Edad: _____ Razon: _____ Edad: _____ Razon: _____

Historia Familiar

Alguien en tu familia a continuación tiene alguna enfermedad/enfermedades crónicas... (como diabetes, ataques al corazón, depresión, asma, cáncer, tiroides) O cualquier otras enfermedad que deberíamos saber? Por favor circule **Vivo** O **Fallecido**, sino hay problemas de salud circule **saludable**.

Cuidado temporal **Adoptado**

Padre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Madre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Hermano o Hermana: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Padre de Padre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Madre de Padre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Padre de Madre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

Madre de Madre: **vivo** **fallecido** **Saludable** **Otro Explique:** _____

La Historia Social

Por Favor, anote todos los **miembros actuales** del hogar y la relación con el paciente:

Madre y Padre: **Casados** **Divorciados** **Separados** **Nunca casados** **Vive con ambos**

Si los padres viven en diferentes hogares ¿el niño visita al otro padre? **SI** **NO**

¿Algún miembro del hogar fuma? **SI** **NO** **Adentro** o **Afuera**

¿Tiene animales en el hogar? **SI** **NO** En caso afirmado indique el tipo de animal(s): _____

¿Cómo calienta su casa? _____

¿Problemas de droga o alcohol en el hogar? **SI** **NO**

¿A qué escuela asiste el paciente? _____

El origen étnico del paciente (por favor circule todas las que correspondan): **Asiático** **Indoamericano** O

Nativos de Alaska **Afroamericano** **Nativo Hawái o Islas Del Pacifico** **Hispano** **Americano**