

Pediatric Associates Prof LLC.

Formulario Historial Médico del Paciente Infantil (0-2 años)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Historial Medico

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Embarazo termino ( ) o prematuro ( ) y/o # de semanas \_\_\_\_\_

Tipo de parto: Vaginal o Cesaria Edad de la madre al nacer \_\_\_\_\_ # de embarazos \_\_\_\_\_ # de partos: \_\_\_\_\_

¿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

Estado Civil:  Casado  Soltero  Separado  Divorciado  Viudo

Situación de hogar:  Ambos padres  Madre  Padre  Familiar  Adoptado  Cuidado tutelar

Cuidado de niño?  Ninguno  Familiar  Cuidado de niños privado  Guardería

Detector de humo y de monóxido de carbón? Si No Expuesto a Animales? Si No

Expuesto a humo de cigarro? Si No ~ Afuera Adentro