

Pediatric Associates Prof LLC.

Formulario Historial Médico del Paciente Maduro – (13 y más)

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

Historial Medico

¿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

Dieta: Regular Vegetariano Vegano Libre de gluten Diabético

Ejercicio: Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Actividades Deportivas: _____ Bully/Bulling: **Si No**

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____ Calificaciones en la escuela: _____

Estado Civil: Casado Soltero Separado Divorciado Viudo

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

Seguro en casa? **Si No** Fluoruro en el agua? **Si No** Detector de humo y monóxido de carbón? **Si No**

Armas de fuego en el hogar? **Si No** Armas cerradas con llave? **Si No**

Expuesto al humo de cigarro? **Si No** ~ **Adentro Afuera** Expuesto a animales? **Si No**

Cinturón de seguridad o asiento de coche? **Si No** Casco de bicicleta? **Si No** Consumo de cafeína? **Si No**

Cuántas bebidas por día? _____ Fumas? **Si No** Cuánto? _____ Mascar tabaco? **Si No**

Sexualmente activo? **Si No** Numero de parejas sexuales? _____ Sexo protegido? **Siempre A veces Nunca**