

Formulario Historial Médico del Paciente General (3-12 años)

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: _____

Cuidado de niño: Ninguno Familiar Cuidado de niño privado Guardería Preescolar

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

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

Expuesto a animales? **Si** **No**