

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 Cesaría* 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 de Padres: 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**