

**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**

Actividades Deportivas: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Grado en la escuela: \_\_\_\_\_

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

Estado Civil de Padres:  **Casado**     **Soltero**     **Separado**     **Divorciado**     **Viudo**

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

Detector de humo y monóxido de carbón? **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**