

Formulario del Historial Clínico Pediátrico

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Tiene alguna preocupación con respecto a su hijo? Si No

Explique: _____

¿Padece su hijo de alguna enfermedad grave o condiciones médicas? Si No

Explique: _____

¿Ha tenido su hijo alguna cirugía? Si No

Explique: _____

¿Ha estado su hijo hospitalizado por lo menos durante una noche? Si No

Explique: _____

¿Es su niño alérgico a algún medicamento, drogas o alimentos? Si No

Explique: _____

Por favor enumere todos los padres y hermanos:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco

El niño vive con

- Madre
- Padre
- Madrastra
- Padrastro
- Abuela
- Abuelo
- Padre(s) Adoptivo(s)
- Padre(s) sustituto(s)
- Otro: _____

Padres del Niño: Casados Solteros/viviendo juntos Solteros/sin vivir juntos

Separados Divorciados Se desconoce

¿Fuma alguien en el hogar? Si No

¿Está el niño expuesto a alguien que fuma? Si No

¿Su hijo asiste a?

¿Guardería? Si No ¿Donde? _____

¿Escuela? Si No ¿Donde? _____ ¿Grado? _____

¿Recibe su hijo algún servicio adicional en el hogar, guardería o escuela? _____

¿Tiene alguna inquietud sobre el comportamiento o el rendimiento de su hijo? _____

Historial de Nacimiento Se desconoce

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____ ¿Consumo materno durante el embarazo?

 El bebé nació a tiempo _____ Medicamentos: Si No

 El parto fue vaginal cesárea ¿Cuales?

 Si por cesárea, ¿por qué? _____ Vitamina prenatal Si No

 ¿Complicaciones durante el embarazo? _____ Tabaco Sí No

 _____ Alcohol Sí No

 ¿Complicaciones del bebé después del parto? _____ Drogas Sí No

_____ ¿Cuales? _____

 ¿Fue dado de alta el bebe junto con su mamá? Si No Explique: _____

 Tipo de Alimentación: Leche materna Fórmula Nombre: _____
Historial Familiar

	M	P	H	AMA	AMO	APA	APO
Saludable							
ADHD (por sus siglas en inglés: síndrome de déficit de atención con hiperactividad)							
Alergias							
Anemia							
Asma							
Autismo/ Retraso en el desarrollo							
Enfermedad cardíaca (CAD) (CAD por sus siglas en inglés: enfermedad de las arterias coronarias)							
Diabetes							
Drogadicción/Alcoholismo							
Hipertensión (HTN)							
Colesterol Alto/Lípidos							
Migrañas/Dolores de cabeza							

(M=madre, P=padre, H=hermano(a), AMA=abuela materna, AMO=abuelo materno, APA=abuela paterna, APO=abuelo paterno)

Explique: _____

Alguna otra información que le gustaría que sepamos: _____

Pediatra anterior del niño _____

 Se desconoce _____

Firma _____ Fecha _____