

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO

HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:

¿En cuál mes de embarazo visitó al doctor por primera vez? _____ Mes		¿Dónde nació el bebé? _____			
¿Cuánto duró su embarazo? _____ Meses		Si nació en casa, ¿hicieron pruebas de sangre para neonatos? Si No			
¿Tuvo enfermedades ó problemas? (inclusive las transmitidas sexualmente u otras contagiosas)	SI	NO	¿Usó algún medicamento sin receta? (tabaco, alcohol, "drogas", remedios caseros ó sin necesidad de receta)	SI	NO
¿Tomó algún medicamento recetado por su médico?	SI	NO	¿Salieron usted y su bebé juntos del hospital?	SI	NO
¿Tuvo un parto difícil/anormal/intervención Cesárea?	SI	NO	¿Nació más de un bebé?	SI	NO
¿Tuvo su bebé algún problema durante su 1era semana de vida?	SI	NO	¿Recibió su bebé alguna inyección para Hepatitis B?	SI	NO

HISTORIAL DEL NIÑO: Varón Hembra ¿Se adoptó este(a) niño(a)? SI NO Peso al Nacer: _____ libras _____ onzas Estatura: _____ pulgadas

¿Ha tenido este(a) niño(a) alguna vez? (Favor de colocar un círculo en Si ó No):

Sarampión, Varicela, Paperas, Rubéola	SI	NO	Vómito después de comer, se niega a comer	SI	NO
Tuberculosis ó análisis de TB positivo	SI	NO	Problemas de músculo, articulaciones ó huesos	SI	NO
Amigdalitis/Dolor de Garganta	SI	NO	Problemas de la piel	SI	NO
Problemas con los ojos ó la visión	SI	NO	Dolores de cabeza ó mareos	SI	NO
Problemas con los oídos ó la audición	SI	NO	Convulsiones, ataques de apoplejía, epilepsia	SI	NO
Dificultad respirando/roncando de noche	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Problemas del corazón	SI	NO	Problemas de tiroides	SI	NO
Asma, bronquitis, ó pulmonía	SI	NO	Alergias	SI	NO
Anemia, problema de sangrado, transfusiones de sangre	SI	NO	Problemas con desarrollo en la escuela	SI	NO
Dolores estomacales	SI	NO	Enfermedad ó accidente serio	SI	NO
Diarrea, Ensuciarse con su propio excremento	SI	NO	Cirugía ú hospitalización	SI	NO
Problemas de Vejiga, Riñones, Orinarse en sí ó la cama	SI	NO	(NIÑAS) ¿Ha comenzado a menstruar?	SI	NO
Estreñimiento	SI	NO	(NIÑAS) ¿Hay problemas con sus menstruaciones?	SI	NO

HISTORIAL DE FAMILIA: ¿Tienen la madre (M), padre (F), hermano (B), hermana (S), tía (A), tío (U), ó abuelo(a) (GP) :Favor de colocar un círculo en Si ó No

¿Cuál Miembro de Familia?

¿Cuál Miembro de Familia?

SI	NO	Diabetes	SI	NO	Presión arterial alta
SI	NO	Epilepsia ó convulsiones	SI	NO	Problemas Sanguíneos
SI	NO	Retardo Mental	SI	NO	Tuberculosis
SI	NO	Enfermedad del corazón	SI	NO	Alergia
SI	NO	Cáncer	SI	NO	Prob. de pulmón ó respiración
SI	NO	Enferm. del riñón ó urinario	SI	NO	Desórdenes de los ojos
SI	NO	Problemas de huesos ó articulaciones	SI	NO	Desórdenes del oído

DATOS DE LOS PADRES:

Madre: _____ Padre: _____
 Edad: _____
 Estatura: _____
 Ocupación: _____

DATOS DEL HOGAR: Cantidad de personas en el hogar _____

¿Ambos padres viven en casa? Si No
 ¿Alguien en la casa fuma, usa drogas o alcohol? Si No
 Idioma que se habla en el hogar: _____
 ¿Vive en una: Casa Apartamento Casa Móvil Refugio Sin Techo

--	--

Identificación del Paciente:

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el Niño: _____

Firma del Analista: _____ Fecha: _____