

Historial médico de paciente nuevo - Pediatría 0-5 años

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Problemas médicos actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

Indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento:

Nombre del medicamento. Reacción

Por favor, indique cualquier medicación que su hijo/a esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta, suplementos de hierbas o vitaminas:

Nombre del medicamento. Dosis. Indicaciones (con qué frecuencia se le debe dar)

Vacunas

¿Sigue las fechas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)? Sí No

Explique si cambia las fechas recomendadas: _____

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado alguna vez? Sí No En caso afirmativo, explique a continuación:

Por favor, marque las cirugías a las que se haya sometido su hijo/a: Corazón Conductos auditivos

Amígdalas/Adenoides Apéndice Circuncisión Frenulotomía (recorte lingual) Cirugía ocular

Reparación de hernia, tipo: _____ Otros: _____

Antecedentes prenatales y de nacimiento

¿Recibió la madre cuidados prenatales para este niño/a? Sí No

Alguna enfermedad/complicaciones/infecciones maternas durante el embarazo? Sí No _____

Edad gestacional al nacer: _____ semanas

Tipo de parto: vaginal cesárea programada cesárea no programada fórceps/vacío

Motivo de la cesárea no programada _____

Peso al nacer: _____ lbs _____ oz ¿Alguna complicación durante el parto? Sí No _____

¿Alguna complicación con su hijo después del parto? Sí No _____

Días que pasó su hijo en el hospital: _____ Examen auditivo: Aprobado No aprobado No se sabe

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Su hijo/a es adoptado? Sí No (Si la respuesta es NO, llene la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

Madre Padre Abuela Abuelo Hermana Hermano Tío Tía

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tío	Tía
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/ lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de la tuberculosis positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>