

FORMULARIO INICIAL DE HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

Fecha de hoy: _____

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento:	Edad: _____ _____ Años _____ Meses	Médico de atención primaria:	

MOTIVO DE LA VISITA:

Chequeo de rutina

Visita con problema

Por favor proporcione una breve descripción: _____

¿Por cuánto tiempo ha sido esto un problema? _____

¿Qué tan grave es este problema? Leve Moderado Severo Incapacitante

¿Qué tan frecuente es el problema? Constante Diario Semanal Esporádico

El problema se agrava por: _____

Aliviado por: _____

Medicamentos:

Enumere los medicamentos que está tomando su hijo/a, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre, vitaminas o medicamentos a base de hierbas:

Nombre y potencia del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Para qué condición?

ALERGIAS: Sí No

Comida(s): _____ Reacción: _____

Comida(s): _____ Reacción: _____

Comida(s): _____ Reacción: _____

Medicamento(s): _____ Reacción: _____

Medicamento(s): _____ Reacción: _____

Otro: _____ Reacción: _____

Otro: _____ Reacción: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

Peso de nacimiento: _____ libras, _____ onzas Hospital de nacimiento: _____
 Edad de la madre al momento del parto: _____ # de embarazos: _____ # de niños vivos: _____
 ¿Tuvo la madre del niño alguna enfermedad o problema durante su embarazo? No Sí: _____
 Si es así, por favor explique:
 ¿La madre del niño consumió cigarrillos, alcohol, drogas o algún medicamento (aparte de vitaminas y hierro) durante el embarazo? No Sí: _____
 ¿Algún problema durante el parto o el nacimiento? No Sí: _____
 ¿El bebé fue prematuro? No Sí: _____
 Edad en la cual el bebé fue a su casa del hospital: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO:

¿Qué edad tenía su hijo cuándo?

_____ Se volteó	_____ Dijo sus primeras palabras
_____ Se sentó solo/a	_____ Habló oraciones de dos palabras
_____ Caminó solo/a	_____ Aprendió a usar el baño

Enfermedades graves, lesiones, hospitalizaciones y cirugías:

Año	Enfermedad/Lesión/Hospitalización/Cirugía	Hospital, Ciudad, Estado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Médicos/proveedores de atención médica adicionales que atienden a su hijo/a:

Nombre	Especialidad	Información de contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROBLEMAS MÉDICOS FAMILIARES: Identifique cualquier problema médico que sus familiares tengan o hayan tenido alguna vez:

Condición	No	Sí	Miembro(s) de la familia	Condición	No	Sí	Miembro(s) de la familia
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades familiares hereditarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muertes infantiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedades de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia/trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataques/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Trastornos óseos/articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad/trastorno mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Trastornos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TDA/TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos de los ojos o del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias, fiebre del heno, eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataque cardíaco a la edad de <50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fumar regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas estomacales, intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HISTORIAL SOCIAL:

Raza: _____

Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

¿Necesita intérprete? No Sí

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Los padres están: Casados No casados Separados Divorciados

Fallecidos

El niño vive con: Madre Padre Hermanos Otros (Por favor liste a continuación)

Otras personas en la casa: _____

HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICO INICIAL

TMPN Revisado 26/10/2015

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROBLEMAS MÉDICOS PASADOS: ¿Su hijo/a alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes?

INFECCIÓN	No	Sí	Notas del médico	PIEL	No	Sí	Notas del médico
Sarampión (10 días), paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Moretones de curación lenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéola (sarampión de 3 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Erupciones persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SISTEMA DIGESTIVO			
Tos ferina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dolores de estómago frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OJOS				Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos bizcos o desviados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Náuseas/vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gusanos/parásitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección recurrente, conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Heces con sangre o negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÍDOS				Una dieta especial o restricción de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección de oído frecuente, tubos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SISTEMA GENITOURINARIO			
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dolor, ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tartamudeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BOCA				Problemas de orinarse en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha ido a un dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Infección de vejiga o riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de la última visita: _____				Secreción de la vagina o el pene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Para niñas: Periodos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Edad de inicio: _____			
Dolores de garganta frecuentes o infección de amígdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		GENERAL			
Ronquera persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia/trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrados nasales frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Exceso de sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Congestión nasal frecuente/alergias nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aumento/disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendencia a respirar por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad inusual al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PULMONES				Ha comido pintura, tierra, yeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendencia a sibilancias, antecedentes de asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ha estado constantemente cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataques de tos repetidos o tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rasguños, cortes y heridas de curación inusualmente lenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía, bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fiebres recurrentes			
CORAZÓN				Ha tomado medicamentos durante más de 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		En los últimos 6 meses su hijo/a ha tenido o ha estado:			
Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pesadillas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Inusualmente nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prueba de colesterol anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tristeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SISTEMA NERVIOSO				Ha sido inusualmente desobediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		He tenido problemas con amigos/as en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones, ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro (<i>por favor describa</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para caminar, mantener el equilibrio o manipular objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Desorden de déficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO							
Articulaciones dolorosas/inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Esguinces/dislocaciones o huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Problemas de postura, escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Problemas de coordinación o fuerza muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICO INICIAL

TMPN Revisado 26/10/2015