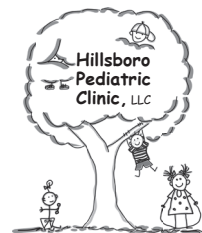


Historia del Paciente



Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca de la historia médica y familiar de su bebé/niño.
El medico puede pedirle más detalles acerca de las respuestas afirmativas.

EMBARAZO Y NACIMIENTO:

	Sí	No
¿Hubo algún problema con el embarazo o el nacimiento de este niño?	_____	_____
Si respondió sí, por favor explique: _____		
¿Nació su bebé a término? _____ O ¿antes de tiempo? _____ Si fue así, ¿cuántas semanas? _____		
¿Lo alimentó con leche materna? No _____ Sí _____ Si lo hizo, por cuánto tiempo? _____		
Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____ Longitud _____ Peso _____		
Problemas:	Sí	No
Intericia _____	_____	_____
Dificultad Respiratoria _____	_____	_____
Problemas de Alimentación _____	_____	_____
Erupción _____	_____	_____
Presentación de trasera _____	Sí	No
Problemas de Desarrollo _____	_____	_____
Si respondió Sí , explique: _____		

HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES:

Ninguna

Hospital	Motivo	Año
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICAMENTOS Y DOSIS (Por favor, incluya medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos, medicamentos homeopáticos y medicamentos recetados):

Ninguna

¿ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO? (Por favor anótelas)

Ninguna

¿VISITA SU HIJO A ALGÚN ESPECIALISTA? (Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Física y/o del Habla, Consejero u otros especialistas médicos)

Ninguna

Nombre del Especialista	Motivo
_____	_____
_____	_____

HISTORIA SOCIAL Y AMBIENTAL

	Sí	No
¿Cuántas horas de ejercicio hace su hijo a al día? _____	_____	_____
¿Pasa su hijo más de 2 horas al día viendo televisión, jugando videojuegos o en la computadora?	_____	_____
¿Fuma alguien que vive en la casa?	_____	_____
¿Bebe alcohol alguien que vive en la casa?	_____	_____
¿Hay detectores de humo en el hogar?	_____	_____
¿Usa cinturones de seguridad en su auto?	_____	_____
¿Está su hijo en la escuela o en la guardería?	_____	_____
¿Usa su hijo casco para bicicleta cuando monta?	_____	_____
¿Hay armas de fuego en su casa?	_____	_____
¿Tiene el número telefónico del Centro de Control de Envenenamientos cerca de su teléfono?	_____	_____

HISTORIA MÉDICA (Marque si su hijo tiene alguna de las siguientes enfermedades):

Asma _____	Epilepsia _____
Anemia _____	Problemas de visión o de los ojos _____
Varicela _____	Problemas de Riñón/Vejiga _____
Diabetes _____	Enfermedad hepática/Ictericia _____
Diarrea crónica/estreñimiento _____	Tuberculosis _____
Problemas del oído _____	Otras - Por favor, explique _____
Eczema (piel demasiada seca) _____	_____

Nombre los Padres Biológicos del Paciente:

Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿El paciente vive con los padres biológicos? (Circule uno) SI NO

Si la respuesta es **No** por favor nombre con quien vive el paciente y su relación al paciente:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: ¿Algún pariente biológico ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

MARQUE AQUI SI NINGUNA DE LAS CONDICIONES MEDICAS DE ABAJO APLICAN A UN FAMILAR BIOLOGICO DEL PACIENTE

Condición	Madre	Padre	Hermano Hermana	Abuelo (a) Materno	Abuelo (a) Paterno	Otro
ADD/ADHD						
Alergias						
Asma						
Defectos de Nacimiento						
Cáncer						
Problemas del Corazón						
Problemas de la Cadera						
Sordera						
Depresión						
Retraso en el Desarrollo						
Diabetes						
Eczema						
Trastorno Genético						
Trastornos de la Sangre						
Colesterol Alto						
Presión Arterial Alta						
Problemas de Aprendizaje						
Retraso Mental						
Migrañas						
Obesidad						
Columna Encorvada						
Convulsiones						
Muerta Súbita de Lactante						
Estrabismo						
Enfermedad de la Tiroides						
Hepatitis						
Tuberculosis						
Otras:						

Firma

Nombre en letra imprenta

Relación al Paciente

Fecha