

Historial de salud de paciente pediátrico

Fecha: _____

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del padre o de la madre	Sexo

Antecedentes de nacimiento	
Peso al momento del nacimiento	
Lugar de nacimiento	
Cantidad de hermanos	
Semanas al momento del parto	
¿Hubo complicaciones durante el embarazo? Si la respuesta es sí, indíquelas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parto natural o por cesárea (marque con un círculo). En caso de cesárea, indique el motivo.	
¿Hubo complicaciones relacionadas con el parto y el trabajo de parto? Si la respuesta es sí, descríbalas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hubo complicaciones relacionadas con el recién nacido? Si la respuesta es sí, descríbalas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial médico del paciente

¿Alguna vez fue hospitalizado el paciente? (Marque una opción).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿por qué motivo? (Escriba en letra de imprenta).	
¿Alguna vez tuvo una cirugía el paciente? (Marque una opción).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿por qué motivo? (Escriba en letra de imprenta).	
Problemas recurrentes (como otitis, asma o cualquier otro problema que lo llevó a ver a un médico más de dos veces).	

Historial médico familiar

Indique (marque la casilla) si algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:	Indique la relación del miembro de la familia con el paciente: Por ejemplo, tía, padre, hermana.
Enfermedad cardíaca	
Hipertensión arterial	
Diabetes	
Problemas renales	
Cáncer	
Trastornos hemorrágicos	

Discapacidad del desarrollo	
Anomalías congénitas (de nacimiento)	
Epilepsia	
Problemas psiquiátricos	
Colesterol alto	
Enfermedades hereditarias	
Otitis recurrente	
Abuso de sustancias	

Reacciones y alergias a medicamentos	
Reacciones y alergias a comidas	
Reacciones y alergias al polen o al medioambiente	
No se conocen alergias.	<input type="checkbox"/> (Marque si corresponde)

Proporcione una copia del registro de vacunas de su hijo y actualice la siguiente información.

Inmunizaciones	Fecha de la última inmunización
DPT o DT	
MMR	
Polio	
Hib	
Hepatitis B	
Gripe	
PCV	
Otra (escriba en letra de imprenta)	
Indique cualquier reacción preocupante.	

¿Se realizó un análisis de exposición al plomo? Si la respuesta es sí, indique la fecha y el resultado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ Resultado: _____
--	--

Información social

Pregunta	Respuesta
¿Quiénes viven con su hijo?	
En caso de padres separados, ¿cómo son el acuerdo de custodia y el régimen de visita?	
¿Está expuesto su hijo al humo del tabaco?	En casa ___ en la guardería ___ en otro lugar ___
¿Hay alguien cercano a su hijo que tenga problemas con el alcohol o con otra sustancia controlada?	
¿Asiste su hijo a la guardería?	
¿Hay algún problema de comportamiento en particular que le preocupe? (Describa).	

¿Tiene algún problema escolar? (Describa).	
¿Cómo suele castigar a su hijo?	
¿Hay alguna inquietud que desee analizar con su médico?	

Medicamentos	Indique todos los medicamentos que utiliza su hijo actualmente y las dosis, incluidas las hierbas, las vitaminas/los suplementos, las aspirinas, los antiácidos, los estimulantes, los diuréticos, los laxantes, los tranquilizantes, las pastillas para los nervios, las drogas sociales y otros medicamentos comprados con o sin receta.	
Nombre	Dosis	Frecuencia

Información actualizada en eCW: Sí No