



## PEDIATRIC ASSOCIATES

## FORMULARIO HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE INFANTIL (0-2 AÑOS)

Por favor de completar la información del paciente. **TODO LOS ARTICULOS DEBEN COMPLETARSE.**

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:
<b>HISTORIAL MEDICO</b>			
Peso al nacer:		Duración del embarazo: <input type="checkbox"/> A termino (38-40 semanas) <input type="checkbox"/> Prematuro (37 semanas o menos) Si fue menos, al las cuantas semanas?	
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesaria	Edad de la madre al momento del parto?	Número de embarazos:	Número de partos:
Su hijo/a ha tenido una infección de las vías urinarias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, a qué edad?)			
Ha sido su hijo/a diagnosticado con asma o sibilancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, a qué edad?)			
Su hijo/a ha tenido algún problema médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico):			
Su hijo/a ha tenido alguna fractura, conmoción cerebral, o cualquier otra lesión grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico y a qué edad?):			
Su hijo/a tiene algún tipo de alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico):			
Su hijo/a ve algún especialista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (Si, cual oficina y quién?)			
Su hijo/a ha recibido terapias ocupacionales, física, o de lenguaje)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico/cual y por qué?)			
Cirugías o hospitalizaciones (en qué hospital fue ingresado su hijo/a?)			
Edad:	Razón:	Edad:	Razón:
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>			
Alguien en su familia a continuación tiene alguna enfermedad/enfermedades crónicas...(como diabetes, ataques al Corazón, depresión, asma, cáncer, tiroides) O cualquiera otra enfermedad que deberíamos saber? Por favor elegir (vivo, fallecido, o saludable).			
Si no puede completar esta parte, explique porque (por favor de elegir uno): <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Otro _____			
Padre: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:			
Madre: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:			
Hermano/Hermana: <input type="checkbox"/> Vivo/a <input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo/a Explique:			
Abuelo Paterno: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:			
Abuela Paterna: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:			
Abuelo Materno: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:			
Abuela Materna: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:			
<b>HISTORIAL SOCIAL</b>			
Estado civil de padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo			
Situación de hogar: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Con un Pariente <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Guardián			
Cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Guardería privada <input type="checkbox"/> Guardería			
Mascotas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Detector de humo de monóxido de carbono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Expuesto a humo de cigarro? Si <input type="checkbox"/> No (Si, Por favor de elegir uno) <input type="checkbox"/> Afuera <input type="checkbox"/> Adentro			