



HISTORIA PEDIATRICA (por favor imprima)

FECHA _____

EL NOMBRE DEL PACIENTE _____
Apellido Primera Segundo Apodo de

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ Macho Hembra

FAMILIA	Nombre	Fecha de nacimiento	Ocupación	Altura
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____

Hermanos	Nombre	Fecha de nacimiento	hermano completo	medio hermano	hermanastro
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros que viven en casa:	Nombre	Relación con el paciente
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mascotas (por favor la lista): _____

Contactos de fumar (por favor la lista): _____

¿Uso de la marihuana en la casa? Sí No

¿Armas en la casa? Sí No ¿Con candado? Sí No

Los padres son (seleccione una): Casado Divorciado Otros _____

Problemas médicos crónicos, las enfermedades principales, lesiones importantes, y hospitalizaciones (por favor la lista):

Descripción	Mes/Año o la edad de inicio
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos que se toman diariamente: _____

¿Alergias a alimentos o medicinas? Sí No.

En caso afirmativo, por favor enumerar y describir el tipo de reacción: _____

¿Inmunizaciones actualizado? Sí No

¿Reacciones a las inmunizaciones? Sí No. En caso afirmativo, describa: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO/DESARROLLO

Tipo de entrega: Vaginal C sección (Razón de C sección: _____)

Longitud del embarazo: _____ Peso de nacimiento: _____ Longitud _____

¿Problemas durante el embarazo o en el período neonatal? Por favor describa: _____

¿Su hijo encontró sus hitos del desarrollo en el tiempo? Sí No

Si no, por favor explique: _____

HISTORIA CLÍNICA (marque todas las que aplican):

Enfermedad	N/A	Paciente	Madre	Padre	Hermanos	Abuela (materno)	Abuelo (materno)	Abuela (paternal)	Abuelo (paternal)	* Por favor describa
Alergias										
Anemia/problemas de sangre*										
Artritis										
Asma										
Defecto de nacimiento										
Cáncer*										
Eccema										
Desorden del ojo*										
Trastorno de aprendizaje retraso del desarrollo*										
Diabetes										
Pérdida del sentido de oír*										
Ataque al corazón										¿Menores de 55? Sí / No
Hipertensión										
Enfermedad hereditaria* (e.g. distrofia muscular, fibrosis quística)										
Enfermedad del riñón o vías urinarias										
Enfermedad del hígado										
Enfermedad pulmonary										
Enfermedad neurológica* (e.g. epilepsia)										
Problemas psiquiátricos*										
Enfermedad de la tiroides										
Accidente cerebrovascular										¿Menores de 55? Sí / No
Muerte antes de edad 50 otro que accidente*										

Otros (Por favor describa): _____