

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA



Nombre _____ Fecha ____/____/____
First Middle Last

Edad ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Peso _____

Alergias a Medicamentos: Si No Si contesto Si, cuales: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Historia Médica del niño/ de la niña:

- Si No ¿El niño/la niña nació a termino? ¿A cuantas semanas? _____ Peso de Nacimiento _____
- Si No ¿El niño/la niña pudo ir a casa con usted cuando salio del hospital? Si no ¿Por qué? _____
- Si No ¿El niño/la niña ha recibido alguna vez una transfusión de sangre?
- Si No ¿Hay alguien en la familia con problemas de hemorragias?
- Si No ¿Su niño/niña ha tenido problemas de sangrado o hemorragias?
- Si No ¿Hay un historial en la familia de problemas con anestesia? Si contesto si, explique: _____
- Si No ¿Hay otro historial de problemas en la familia? (Ej., perdida de audición, apnea del sueno, cáncer, etc.)
Si contesto si, explique: _____
- Si No ¿Hay algún fumador en la casa?
- Si No ¿Su niño/niña alguna vez ha estado hospitalizado? Si, ¿Cuál fue la razón? _____
- Si No ¿Su niño/niña alguna vez tuvo cirugía? Si contesto si describa: _____
- Si No ¿Tiene su niño/niña las vacunas al día?

Alguna vez el niño/niña ha tenido los siguientes problemas o ha visto al medico por:

- Si No Convulsiones
- Si No Soplo al corazón
- Si No Problemas de corazón
- Si No Problemas de los Pulmones (asma, fibrosis quística, otro)
- Si No Displasia Broncopulmonar
- Si No Problemas endocrinológicos
- Si No Diabetes/Tiroides
- Si No Problemas de estomago
- Si No Reflujo esofágico
- Si No Enuresis (Orinarse en la cama)
- Si No Problemas en la piel
- Si No Riñones/Problemas de vejiga
- Si No Músculo/Problemas de huesos
- Si No Trastornos Inmunológicos

En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, explique: _____

Historial Social:

- Si No ¿Su niño/niña va a una guardería? A que edad entro? _____ # de niños en el/la salon/clase _____
- Grado Escolar _____
- ¿Que miembro de la familia vive con el paciente? Madre Padre Padrastros Otros _____
- Numero de: Hermanos _____ Hermana _____