



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad en que se manifestó por primera vez):

Problemas actuales:

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Peso al salir de alta: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

Edad gestacional al nacer (semanas): _____

Método de parto: Vaginal Cesárea En caso de cesárea, indique el motivo _____

APGAR 1 minuto: _____ APGAR 5 minutos: _____

Alimentación del bebé: Leche materna Biberón Ambos Nombre de la fórmula infantil _____

Comentarios: Prueba auditiva del recién nacido: Pasó Falló Otros comentarios: _____

Historia médica: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

| | | | | | |
|--|----|----|--------------------------------------|----|----|
| ADD/ADHD | Si | No | Rinitis alérgica | Si | No |
| Anemia | Si | No | Asma | Si | No |
| Retraso del desarrollo | Si | No | Estreñimiento | Si | No |
| Eccema | Si | No | Diabetes | Si | No |
| Reflujo gastroesofágico | Si | No | Alergias a alimentos | Si | No |
| Soplo cardíaco | Si | No | Enfermedad mental | Si | No |
| Otitis recurrente (infecciones del oído) | Si | No | Prematuridad | Si | No |
| Problemas de Audición | Si | No | Faringitis estreptocócica recurrente | Si | No |
| Infecciones urinarias | Si | No | Abuso de sustancias | Si | No |
| Reflujo vesicoureteral | Si | No | Problemas de visión | Si | No |
| Convulsiones | Si | No | Sibilancias | Si | No |

Otros antecedentes médicos:

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada) _____ Ninguno

Fecha

Apendicectomía (extirpación del adenoides) Si No _____

Apendicectomía (extirpación del apéndice) Si No _____

Tubos en los oídos Si No _____

Funduplicación Si No _____

Colocación de tubo de gastrostomía Si No _____

Cirugía cardíaca Si No _____

Reparación de hernia Si No _____

Cirugía ortopédica Si No _____

Amigdalectomía Si No _____

Cirugía urológica Si No _____

Derivación ventriculoperitoneal Si No _____

Otros antecedentes quirúrgicos: _____



Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____

Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

| Relación con el NIÑO | | Nombre | V: Vivo | D: Difunto | ADD/ADHD | Alergias | Anemia | Asma | Cáncer | Diabetes | Enfermedad ocular | Problemas gastrointestinales | Cardiopatía | Colesterol alto | Hipertensión | Insuficiencia renal | Enfermedad mental | Migrañas | Convulsiones | Abuso de sustancias | Afección tiroidea | Otro | | |
|----------------------|-------------|--------|---------|------------|----------|----------|--------|------|--------|----------|-------------------|------------------------------|-------------|-----------------|--------------|---------------------|-------------------|----------|--------------|---------------------|-------------------|------|--|--|
| Padres | Madre | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Padre | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hermanos | Hermana | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hermano | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tías/tíos | Tía mat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tío mat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tía pat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tío pat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abuelos | Abuela mat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Abuelo mat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Abuela pat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Abuelo pat* | | V | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares): _____

*Mat = materno, parientes de parte de la madre *Pat = paterno, parientes de parte del padre

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con sus padres biológicos: Sí No

Hogar de acogida: Sí No

Cuidadores principales (marque con un círculo): Padres Guardería infantil Parientes Otros: _____

Mascotas: Sí No

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro _____

(marque con un círculo):

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____