

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO PASADO DEL NIÑO**

**INDIQUE SÍ O NO SI SU HIJO TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES**

CONDICIÓN	SÍ	NO	EXPLICACIÓN
LESIONES GRAVES O ACCIDENTES			
CIRUGÍAS			
HOSPITALIZACIONES EN LA SALA DE EMERGENCIAS O DURANTE LA NOCHE			
VARICELA			EN CASO AFIRMACIÓN, ¿A QUÉ EDAD?
DOLORES DE GARGANTA O AMIGDALITIS FRECUENTES			
INFECCIONES FRECUENTES DEL OÍDO O DE LOS SENOS PARANASALES			
OTRAS INFECCIONES			
VISTO A UN MÉDICO POR PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO			
PROBLEMAS CON INFECCIONES DE LA VEJIGA O LOS RIÑONES U OTROS PROBLEMAS PARA ORINAR			
ENURESIS DESPUÉS DE LOS 5 AÑOS			
PROBLEMAS OCULARES POR LOS QUE HA VISTO A UN MÉDICO			
PROBLEMAS DE OÍDO O PROBLEMAS CON LA AUDICIÓN			
PROBLEMAS DE LA PIEL (EJEMPLOS DE ACNÉ O ECZEMA)			
ANEMIA, PROBLEMAS DE SANGRADO O CÁNCER			
TRANSFUSIÓN DE SANGRE			
CONVULSIONES, RETRASOS EN EL DESARROLLO, TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA/TDAH) O PROBLEMA NEUROLÓGICO/CEREBRAL			
DOLORES DE CABEZA FRECUENTES			
SALUD MENTAL/PREOCUPACIONES EMOCIONALES (EJEMPLO: DEPRESIÓN, ANSIEDAD)			
PROBLEMAS CON SUS HUESOS (EJEMPLO: HUESOS ROTOS, ARTRITIS)			
PROBLEMAS CON LA DIABETES			
PROBLEMAS DE TIROIDES U HORMONAS			
SECRECIÓN NASAL ALÉRGICA U OTRAS ALERGIAS (EJEMPLO: ALERGIAS ALIMENTARIAS)			
ALERGIAS AL AIRE LIBRE			
ALERGIAS EN INTERIORES			
ASMA, BRONQUITIS, BRONQUIOLITIS, NEUMONÍA O CRUP			
PROBLEMAS CARDÍACOS O SOPLO CARDÍACO ¿FUERON VISTOS POR UN ESPECIALISTA O SE LES HICIERON TESTS?			
DOLOR DE ESTÓMAGO O REFLUJO ÁCIDO/ACIDEZ ESTOMACAL			
ANIMALES DENTRO O FUERA DEL HOGAR			
ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS			
MUJER: TIENE PERÍODOS INICIADOS ¿ALGÚN PROBLEMA CON LOS PERÍODOS?			EN CASO AFIRMACIÓN, ¿A QUÉ EDAD? EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE:
NUMERE TODOS LOS DEMÁS PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS:			

### HISTORIA SOCIAL

1. ¿Qué adultos viven con el niño? \_\_\_\_\_
2. ¿Quién tiene la custodia del niño? \_\_\_\_\_
3. ¿El padre sin custodia tiene visitas? Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
En caso afirmando, ¿cuál es el horario de visitas? \_\_\_\_\_
4. Enumere todos los hermanos en el hogar? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Hay hermanos que viven en otro hogar? Sí \_\_\_ NO \_\_\_
6. ¿Hay mascotas dentro o fuera de la casa? Sí \_\_\_ NO \_\_\_
7. ¿Su hijo está expuesto al humo dentro o fuera de la casa? Sí \_\_\_ NO \_\_\_
8. ¿Hay armas en el hogar? Sí \_\_\_ NO \_\_\_  
En caso afirmación, ¿todas las armas están cerradas y lejos de las municiones? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

**POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER PROBLEMA EN RELACIÓN CON EL PACIENTE Y ENUMERE EL PARIENTE**

CONDICIÓN	PARIENTE- LADO DE LA MADRE	PARIENTE- LADO DEL PADRE
COLESTEROL ALTO		
ENFERMEDAD CARDÍACA/AFECCIÓN CARDÍACA		
ASMA/PROBLEMA PULMONAR		
PRESIÓN ARTERIAL ALTA		
DIABETES, PROBLEMA TIROIDEO/ENDOCRINO		
CÁNCER		
ANEMIA (RECUENTO SANGUÍNEO BAJO)		
TRASTORNOS DE LA SANGRE		
TRASTORNO CONVULSIVO		
DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO		
TDAH, ANSIEDAD, DEPRESIÓN O ENFERMEDAD MENTAL		
PROBLEMAS ESTOMACALES O DIGESTIVOS		
ENFERMEDAD HEPÁTICA		
NEFROPATÍA		
PROBLEMAS DE AUDICIÓN INFANTILES		
PROBLEMAS DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO		