

APA Formulario de Historia Médica del Paciente

Fecha	Nombre del Niño	Apodo	Fecha de Nacimiento	M	F
Medico/Oficina Anteriores		El Pedido le Transferencia de los Expendientes Terminó? S N		Fecha del ultimo examen fisico?	
Nombre de la Madre	Ocupación	Edad	Nombre del Padre	Ocupación	Edad

Historia del Nacimiento

Peso al nacer _____ Embarazo # _____ ☐ Parto normal? ☐ Cesarea? _____
 Edad de la Mamá _____ ¿Si es cesarea, por qué? _____
 El bebe nacio a tiempo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____
 ¿Si es temprano, gestación de cuántas semanas? _____
 ¿Le madre tuvo enfermedad o problemas con embarazo? ☐ S ☐ N
 Explique _____
 Durante embarazo, la madre:
 Fumo ☐ S ☐ N Tomo Alcohol ☐ S ☐ N
 Utilize las drogas o medicamentos ☐ S ☐ N
 Qué _____ Cuando _____
 ¿Su bebé tuvo problemas después de nacimiento? ☐ S ☐ N
 Explique _____
 Era la alimentación inicial ☐ Leche materna? ☐ Fórmula?
 ¿El bebé fue a casa con la madre del hospital? ☐ S ☐ N
 Explique _____

Última Historia

Tiene su nino o ha tenido:

Varicela	☐ S ☐ N Explique _____
Infecciones frecuentes del oído o dolor de garganta	☐ S ☐ N Explique _____
Problemas con los oídos o la audiciencia	☐ S ☐ N Explique _____
Alergias nasales	☐ S ☐ N Explique _____
Problemas con los ojos, la visión, o los dientes	☐ S ☐ N Explique _____
Asma, tos recurrente, bronquitis, o pulmonía	☐ S ☐ N Explique _____
Cualquier problema del corazón o soplos de corazón	☐ S ☐ N Explique _____
Problema de la anemia o de la sangre	☐ S ☐ N Explique _____
Transfusión de sangre	☐ S ☐ N Explique _____
Dolor abdominal frecuente	☐ S ☐ N Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	☐ S ☐ N Explique _____
Infección de la vejiga o del riñón	☐ S ☐ N Explique _____
Incontinencia noctura (después de 5 años)	☐ S ☐ N Explique _____
Cualquier problema de piel recurrente crónico (acné, eczema, etc.)	☐ S ☐ N Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	☐ S ☐ N Explique _____
Las convulsiones o el otro problema neurológico	☐ S ☐ N Explique _____
Ediciones de salud mental (ADHD, ansiedad, depresión)	☐ S ☐ N Explique _____
Diabetes	☐ S ☐ N Explique _____
La tiroides u otro problema endocrino	☐ S ☐ N Explique _____
Uso del alcohol o de las drogas	☐ S ☐ N Explique _____

Otras cuestiones de salud médica o mental/problemas _____

¿Su niño ve a especialistas? ¿Si es así, quién? ¿Por qué razón o diagnostico? _____

General

¿Usted considera que su niño tiene Buena salud? ☐ S ☐ N Explique _____
 ¿Su niño tiene enfermedades serias o dolencias crónicas? ☐ S ☐ N Explique _____
 ¿Su niño ha tenido lesiones o accidentes serios? ☐ S ☐ N Explique _____
 ¿Su niño ha tenido cirugía? ☐ S ☐ N Explique _____
 ¿Han hospitalizado a su nino? ☐ S ☐ N Explique _____
 ¿Es su niño alergico a medicinas o a drogas, o reaccionado a las vacunas? ☐ S ☐ N Explique _____

Información del Hogar

Por favor liste todos los que viven en el Hogar del Niño

Nombre	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento

Cuidado de niños: _____

Fumadores en el hogar?: ☐ S ☐ N Animales domésticos en el hogar?: ☐ S ☐ N

¿No hay hermanos en la lista? Si es así, por favor escriba sus nombres y edades, y en el que viven. _____

Si la madre y el padre no viven juntos, o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es la situación del niño bajo custodia? _____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia él / ella ve a los padres que no están en el hogar? _____

Antecedentes Familiares (Padres, Hermanos, Abuelos, Tías & Tíos)

Tiene algún familiar lo siguiente:

Abuso de drogas y alcohol	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Alergias	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Riesgo de la anestesia	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Artritis	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad de la sangre	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Cáncer	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Diabetes	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Genético	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Gastroenteritis	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Genitourinario	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Corazón	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Hipertensión	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Lípidos	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Diagnóstico Neurológico	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Psiquiatría	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Oftalmología	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Respiratorio	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Piel	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Trazo	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Tiroides	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Negativo Historia Familiar	☐ S ☐ N	Quién _____	Comentarios _____
Historia Familiar Otros detalles / comentarios			_____

Notas (Otras cuestiones médicas / social / conductual)

Revisión Inicial (iniciales / fecha):