

Cactus Children's Clinic, PC
5940 W. Union Hills Drive, D100
Glendale, AZ 85308

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DEL PACIENTE

Durante su embarazo: (responda 1-9 si el niño(a) es menor de 2 años de edad)

1. ¿Tuvo alguna enfermedad? _____
2. ¿Tomó algún medicamento? _____
3. ¿Tuvo un parto prematuro o a término? _____
4. ¿Resultó positivo para estreptococo grupo B? _____

Su bebé:

5. ¿Tuvo problemas para comenzar a respirar? _____
6. ¿Presentó algún problema en particular estando en el hospital? _____
7. ¿Padeció ictericia? _____
8. ¿Cuál fue su peso al nacer? _____
9. ¿Fue el parto por cesárea o vaginal? _____

Alimentación y Digestión:

10. ¿Presentó algún problema inusual de alimentación o cólicos severos los tres primeros meses? _____
11. ¿El apetito de su niño(a) es generalmente bueno? _____
12. ¿Es bueno ahora? _____
13. ¿Le cae mal algún alimento? _____
14. ¿Tiene diarrea o vómitos con frecuencia? _____
15. ¿Ha sido el estreñimiento en algún momento un problema? _____
16. ¿Toma vitaminas? _____
17. Si aún toma fórmula, ¿qué tanta fórmula le da? _____

Historial familiar

Tiene algún pariente consanguíneo con, o alguna vez su niño(a) ha sido tratado(a) por o recibe tratamiento por: (circule uno)

Alergias	SI	NO
Asma	SI	NO
Enfermedad de la sangre/problema de hemorragias.	SI	NO
Cáncer	SI	NO
Enfermedades pulmonares	SI	NO
Convulsiones/epilepsia	SI	NO
Problemas del corazón (antes de los 55 años)	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Tuberculosis (T.B.)	SI	NO

Cactus Children's Clinic, PC
5940 W. Union Hills Drive, D100
Glendale, AZ 85308

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial familiar (cont.)

Tiene algún pariente consanguíneo con, o alguna vez su niño(a) ha sido tratado(a) por o recibe tratamiento por: (circle uno)

Enfermedad mental	SI	NO
Portador de hepatitis B o C	SI	NO

Historial social/de desarrollo

1. ¿Cuántas hermanas tiene el niño(a)? _____ ¿hermanos? _____
2. ¿Quién pasa más tiempo al cuidado del niño(a)? _____ (madre, padre, etc.)
3. ¿Asiste el niño(a) a la guardería, al preescolar o tiene niñera de manera regular? SI NO
4. El niño(a) se sentó a los _____ (edad)
5. El niño(a) gateó a los _____ (edad)
6. El niño(a) caminó a los _____ (edad)
7. El niño(a) empezó a hablar a los _____ (edad)

Historial médico

Su niño(a):

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, lesiones o enfermedad crónica? _____
2. ¿Ha sido hospitalizado(a)? Si es así, ¿cuándo y por qué razón? _____
3. ¿Ha tenido alguna cirugía? (amígdalas, hernia, etc.) _____
4. ¿Ha tenido más de 3 episodios de infecciones del oído en el mismo año? _____
5. ¿Es alérgico a medicamentos, alimentos u otros alérgenos? _____
6. ¿Toma algún medicamento diario o regular? _____
7. ¿Tiene una Tarjeta de vacunación que podamos copiar? SI NO
8. ¿Su hijo(a) ha tenido varicela? SI NO Fecha: ____/____/____

Firma del Padre o Tutor legal _____

Revisado por: _____