

Nombre del/de la
paciente:

Fecha de nacimiento:

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Indique todas las alergias, reacciones adversas o efectos secundarios a los medicamentos que pueda haber experimentado su hijo/a:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre	Potencia	Dosis	Motivo

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Varicela	Sí	No	Estreptococo. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Amigdalitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Asma	Sí	No
Sarampión	Sí	No	¿Ha tenido su hijo/a un EEG (electroencefalograma) alguna vez?	Sí	No	Otitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Transfusiones de sangre	Sí	No
Paperas	Sí	No	Evaluaciones psicológicas	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Rubeola	Sí	No	Pruebas de audición	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Fiebre escarlatina	Sí	No	Pruebas de habla/lenguaje	Sí	No	Meningitis	Sí	No	Anemia falciforme	Sí	No

Neumonía	Sí	No		Diabetes Mellitus	Sí	No		Trastorno paratiroideo	Sí	No		Trastorno de coagulación	Sí	No
Resfríos frecuentes	Sí	No		Exposición a solventes o metales pesados	Sí	No		Trastorno suprarrenal	Sí	No		Diabetes	Sí	No
Fiebre reumática	Sí	No		Exposición a pesticidas/herbicidas u otros químicos tóxicos	Sí	No		Alergias	Sí	No		Enfermedad pituitaria	Sí	No
Amigdalitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No		Bajo peso al nacer	Sí	No		Anemia	Sí	No		Desarrollo deficiente	Sí	No
Infecciones en los oídos. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No		Elevado peso al nacer	Sí	No		Ritmo cardíaco irregular	Sí	No		Infecciones del tracto urinario	Sí	No
HISTORIAL QUIRÚRGICO														
Indique la fecha y el tipo de cirugías que ha tenido su hijo o hija:														

Nombre del/de la paciente:

Fecha de nacimiento:

HISTORIAL FAMILIAR

Indique con una palomita debajo de cada enfermedad que corresponde a cada pariente.

Agregue todas las enfermedades o parientes adicionales, según corresponda, a la sección "Agregar":

Parentesco	¿La persona está viva?		Edad al morir	Artritis	Enfermedad pulmonar	Genética	Cáncer	Psiquiatría	Diabetes	Enfermedad cardíaca	Hipertensión	Hiperlipidemia	Apoplejía	Alcohol/Drogas	Agregar:	Agregar:
	Sí	No														
Madre	Sí	No														
Padre	Sí	No														
Hermana	Sí	No														
Hermano	Sí	No														
Tía materna	Sí	No														
Tío materno	Sí	No														
Tía paterna	Sí	No														
Tío paterno	Sí	No														
Abuela materna	Sí	No														
Abuelo materno	Sí	No														
Abuela paterna	Sí	No														
Abuelo paterno	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														

HISTORIAL PRENATAL

¿Embarazos previos de la madre natural, abortos espontáneos o complicaciones? **Sí** **No**

Si la respuesta es afirmativa, explique:

Edad de la madre al nacimiento del hijo o de la hija:

Salud de la madre durante el embarazo:

Sangrado
Enfermedad
Medicamentos

Náuseas
Hipertensión
Diabetes

Trauma físico o emocional
Cigarrillos, alcohol, uso de drogas
Problemas de tiroides

HISTORIAL SOCIAL

Indique el número de personas y el parentesco de las personas que viven en el hogar: _____

¿Está su niño/a expuesto al humo de segunda mano? _____

Indique el número y tipo de mascotas: _____

¿Existe algún historial de abuso sexual, mental/emocional, físico? _____

Si es así, ¿a qué edad y quién fue? _____

Patrones de sueño del niño/a:

Edad en que se sentó:

Gateó:

Caminó:

Habló:

DIETA

Describa la dieta diaria típica de su hijo/a: _____

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Refrigerios: _____

Cena: _____

Bebidas: _____

Intolerancias de alimentos: _____

Lactancia: S/N Si es que sí; indicar

tiempo: _____

Fórmula: Sí/No Tipo: _____

Edad que comenzó con sólidos: _____

Qué alimentos: _____



Nombre del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

VACUNAS

Indique si su hijo/a recibió alguna de las siguientes vacunas y las fechas de administración.

Presente una copia del registro de vacunas de su hijo/a.

Primera Segunda Tercera Cuarta Quinta

(Polio) OPV o IPV						No	Sí
(Difteria, tétano y tos ferina) DtaP/DTP/DT/Td						No	Sí
(Sarampión, paperas, rubeola)/ MMR						No	Sí
(Haemophilus Influenzae B)/ MENINGITIS HIB						No	Sí
HEPATITIS B						No	Sí
HEPATITIS A							
VARICELA						No	Sí
(Tuberculosis)/ TB						No	Sí
(Virus Papiloma Humana)/ HPV						No	Sí
(Influenza)/ FLU						No	Sí
(Neumocócica)/ PCV						No	Sí
(Meningococcal)/ MCV						No	Sí
Rotavirus						No	Sí

¿Ha experimentado su hijo/a algún efecto adverso a alguna vacuna? Si es así, explique: _____

HISTORIAL DEL PARTO

Al nacer su bebé midió: _____ Al nacer su bebé pesó: _____

Tipo de parto: Prematuro A tiempo Tardío

Hospital donde nació su hijo/a: _____ Duración del parto: _____

¿Experimento su bebé alguno de estos problemas después del parto?

(Poner un círculo donde corresponda)

Sarpullido	Lesiones del parto	Parálisis cerebral
Ictericia	Convulsiones	Defectos de nacimiento
Cólicos	Fiebre	De nalgas
Bebé azul		

Otros: _____