



## HISTORIAL MÉDICO Y SOCIAL PEDIÁTRICO (0-2 AÑOS)

Por favor, tómese unos minutos para responder a estas preguntas. Estamos haciendo estas preguntas porque las respuestas pueden ayudarnos a proporcionarle mejor cuidado a su bebé y apoyo a usted.

Nombre del bebe: \_\_\_\_\_ Fecha/nac: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_

De este bebe, soy:  Madre  Padre  Abuelo/a  Padre de crianza  Otro: \_\_\_\_\_

¿Su bebé está tomando algún medicamento, vitaminas, o suplementos regularmente?  No  Si Si marco que sí, ¿cuál es? \_\_\_\_\_

¿Su bebé tiene alguna alergia (medicamentos, alimentos o estacional)?  No  Si ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Su bebe ha sido vacunado?  No  Si ¿Dónde recibió su bebé vacunas previas? \_\_\_\_\_

### EMBARAZO DE LA MADRE E HISTORIA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ

¿La madre recibió cuidados prenatales?  No  Si ¿Cuántos meses de embarazo había cuando comenzó la atención prenatal? \_\_\_\_\_

¿Utilizó la madre alguno de los siguientes durante el embarazo (compruebe si se tomó durante alguna parte del embarazo)?

- Medicamentos recetados por el médico: \_\_\_\_\_  Tabaco  Marihuana  
 Medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_  Alcohol  Otras drogas

¿Tuvo la madre algún problema durante el embarazo, el parto o el alumbramiento?  No  Si Si marcó que sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Nació el bebe prematuro?  No  Si Numero de semanas de embarazo al momento del parto? \_\_\_\_\_

Nació en:  Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  Casa Parto:  Vaginal  Cesárea

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas Largo: \_\_\_\_\_ pulgadas

### PROBLEMAS DE SALUD DEL BEBÉ (Marque la casilla si su bebé ha tenido alguno de estos problemas)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                                 | <input type="checkbox"/> Dolores de estomago             | <input type="checkbox"/> Problemas de oído/audición      | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia            |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas respiratorios           | <input type="checkbox"/> Retraso mental                  | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco/murmullo      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento: _____           | <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Problema con el hígado          | <input type="checkbox"/> Dolor de muelas/Caries            |
| <input type="checkbox"/> Problema de sangrado                   | <input type="checkbox"/> Problemas oculares/vision       | <input type="checkbox"/> Problema con los riñones/vejiga | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      |
| <input type="checkbox"/> Problemas óseos/articulares/musculares | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído | <input type="checkbox"/> Neumonía                        | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario     |
| <input type="checkbox"/> Varicela                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |  |  |

¿Su bebé ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía?  No  Si ¿Cuándo? ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

---

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (Marque si un miembro de la familia tuvo alguno de estos. Familia = El hermano, la hermana, la madre, el padre, la abuela y el abuelo de su bebé)**

	<b>Relación con el niño</b>		<b>Eelación con el niño</b>
<input type="checkbox"/> Alcohol / Problema de drogas	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	_____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	_____	<input type="checkbox"/> Presión alta	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____
<input type="checkbox"/> Autismo	_____	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	_____
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	_____
<input type="checkbox"/> Problema de sangrado	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	_____
<input type="checkbox"/> Pérdida auditiva infantil	_____	<input type="checkbox"/> SIDS (Muerte súbita de un bebe)	_____
<input type="checkbox"/> Retraso mental	_____	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral antes de los 50 anos	_____
<input type="checkbox"/> Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Eczema	_____	<input type="checkbox"/> Otro:	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones	_____		
<input type="checkbox"/> Problema cardíaco antes de los 55 años	_____		

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_