



HISTORIA MÉDICA Y SOCIAL PEDIÁTRICA (3-11 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? _____

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 ¿Cuando? ¿Por qué?: _____

¿Nació el bebe prematuro? No Si Si marco que si ¿cuántas semanas antes? _____

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

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)

- | Relación con el niño | Relación con el niño |
|---|--|
| <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 años |
| <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: _____