



Patient Name: _____

DOB: _____

Date: _____

Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad de primera manifestación): _____

Problemas actuales: _____

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

Peso al salir de alta: _____ Edad gestacional al nacer (semanas): _____ Método de parto: Vaginal Cesárea

APGAR 1 mes: _____ APGAR 5 meses: _____ APGAR 10 meses: _____

Alimentación del bebé: _____ Nombre de la fórmula infantil _____

Leche materna Biberón Ambos

Duración del parto: _____ En caso de cesárea, indique el motivo _____

Comentarios: Prueba auditiva del recién nacido: Pasó Falló Otros comentarios: _____

Antecedentes médicos: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

ADD/ADHD _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Rinitis alérgica _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asma _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Estreñimiento _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Retraso del desarrollo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Eccema _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Alergias a alimentos _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reflujo gastroesofágico _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prematuridad _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otitis recurrente (infecciones del oído) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Faringitis estreptocócica recurrente _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Convulsiones _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infecciones urinarias _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas de la vista _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reflujo vesicoureteral _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sibilancia _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otros antecedentes médicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada)

	Fecha		Cirujano
Adenoidectomía (extirpación de las adenoides) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Apendicectomía (extirpación del apéndice) _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Tubos en los oídos _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Funduplicación _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Colocación de tubo de gastrostomía _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cirugía cardíaca _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Reparación de hernia _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cirugía ortopédica _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Amigdalectomía _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cirugía urológica _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Derivación ventriculoperitoneal _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Otros antecedentes quirúrgicos: _____



Patient Name: _____

DOB: _____

Date: _____

Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

Relación con el NIÑO		Nombre	Estado V: Vivo D: Difunto	Rinitis alérgica	Anemia	Asma	Trastorno sanguíneo	Cáncer	Sordera	Diabetes	Abuso de drogas	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad hepática	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Muerte súbita	Afección tiroidea	Tuberculosis	Otro	
Padres	Madre		V	D																			
	Padre		V	D																			
Hermanos	Hermana		V	D																			
	Hermano		V	D																			
Tías/tíos	Tía mat*		V	D																			
	Tío mat*		V	D																			
	Tía pat*		V	D																			
	Tío pat*		V	D																			
Abuelos	Abuela mat*		V	D																			
	Abuelo mat*		V	D																			
	Abuela pat*		V	D																			
	Abuelo pat*		V	D																			

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares): _____

*Mat = materno, parientes por parte de la madre *Pat = paterno, parientes por parte del padre

Abajo se pueden agregar otros antecedentes familiares, incluidos hermanos:

Relación con el NIÑO	Nombre	Estado V: Vivo D: Difunto	Rinitis alérgica	Anemia	Asma	Trastorno sanguíneo	Cáncer	Sordera	Diabetes	Abuso de drogas	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad hepática	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Muerte súbita	Afección tiroidea	Tuberculosis	Otro		
		V	D																				
		V	D																				
		V	D																				
		V	D																				
		V	D																				
		V	D																				
		V	D																				

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con sus padres biológicos: Sí No

Hogar de acogida: Sí No

Cuidadores principales (marque con un círculo): Padres Guardería Otros: _____
 infantil Parientes

Guardería infantil (horas/día): _____

Tiempo con parientes (horas/día): _____

Mascotas: Sí No

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre (marque con un círculo): Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro _____

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____