

Paciente nuevo  Paciente establecido Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del(los) padre(s) \_\_\_\_\_

Nombre completo del menor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Médico del menor \_\_\_\_\_

Historial Médico del menor  Desconocido  Sin historial médico importante

**Medicamentos actuales:**

**Alergias a medicamentos:**

**Reacción:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Este menor ha sido DIAGNOSTICADO con:**

ADD/ADHD Edad: \_\_\_\_\_

Alergias/Rinitis alérgica Edad: \_\_\_\_\_

Anemia Edad: \_\_\_\_\_

Asma Edad: \_\_\_\_\_

Autismo Edad: \_\_\_\_\_

Trastorno bipolar Edad: \_\_\_\_\_

Sangrado/Trastorno hemático Edad: \_\_\_\_\_

Fracturas óseas - Detalles a continuación:  
\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cáncer - Tipo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Enfermedad celíaca Edad: \_\_\_\_\_

Varicela Edad: \_\_\_\_\_

Estreñimiento Edad: \_\_\_\_\_

Depresión Edad: \_\_\_\_\_

Retraso del desarrollo Edad: \_\_\_\_\_

Diabetes Edad: \_\_\_\_\_

Infecciones frecuentes del oído Edad: \_\_\_\_\_

Trastorno estomacal/intestinal Edad: \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza/migrañas Edad: \_\_\_\_\_

Padecimientos cardíacos Edad: \_\_\_\_\_

Enfermedades infecciosas Edad: \_\_\_\_\_

Discapacidad de aprendizaje Edad: \_\_\_\_\_

Neumonía Edad: \_\_\_\_\_

Escoliosis (espinas curvas) Edad: \_\_\_\_\_

Convulsiones/Epilepsia Edad: \_\_\_\_\_

Anemia de células falciformes Edad: \_\_\_\_\_

Trastornos estomacales Edad: \_\_\_\_\_

Trastornos de la piel Edad: \_\_\_\_\_

UTI/Infecciones vejiga Edad: \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS del menor**  Ninguna

Apendicectomía Edad: \_\_\_\_\_

Adenoamigdalectomía Edad: \_\_\_\_\_

Conductos auditivos Edad: \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cirugía ocular Edad: \_\_\_\_\_

Corrección de hernia Edad: \_\_\_\_\_

Amigdalectomía Edad: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES del menor**

Hospitalización \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Hospitalización \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Hospitalización \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR del menor:** Verificar los diagnósticos dados a los parientes del menor  Desconocidos

**Favor de marcar parentesco:**

**M=Madre, F=Padre, S=Hermanos, GM=Abuela, GF=Abuelo, O=Otro**

Diagnóstico del familiar	Parentesco con el menor	Diagnóstico del familiar	Parentesco con el menor
<input type="checkbox"/> ADD	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Hipertensión	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Alergias	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Anemia	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Asma	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Retraso mental	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Autismo	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Trastorno hemático/Células falciformes	M F S GM GF O	(Depresión, Adicción, etc.)	
<input type="checkbox"/> Cáncer	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> SIDS (muerte de cuna)	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Diabetes	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Embolia antes de 55 años	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Trastorno estomacal/intestinal	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Muerte súbita antes de cumplir 55	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca antes de cumplir 55	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Otro _____	M F S GM GF O

**Social / Ambiental**

El menor vive con:

Padre(s):  Juntos  Separados

Madre

Padre

Pariente \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Adoptado

¿Viven fumadores en casa con el menor?  Sí  No

¿Asiste el menor a una guardería?  Sí  No

¿Hay mascotas en el hogar?  Sí  No

¿Agua de pozo?  Sí  No

¿Casa construida antes de 1960?  Sí  No

Otro \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección si el menor tiene menos de cinco años o si hubo un embarazo significativo/complicado.**

**Historial Embarazo/nacimiento:** Marque todo lo que corresponda

Mes de inicio de atención prenatal \_\_\_\_\_

Semanas de embarazo \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_

Cesárea

Vaginal

**Complicaciones del embarazo**

Infecciones  Diabetes  Preeclampsia

Alumbamiento múltiple

Otra \_\_\_\_\_

**Complicaciones en parto/Recién nacido**

¿Prematuro? ¿Qué tan prematuro? \_\_\_\_\_

¿Estancia en NICU? ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

**Medicamentos** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Durante el embarazo, la madre del menor:**

¿Fumó? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Bebió alcohol? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_