

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

Por favor, complete este formulario de la manera más detallada posible.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Formulario completado por: _____

Fecha: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PASADOS DEL NIÑO/A

Embarazo / Período Neonatal

¿Dónde nació su hijo/a? _____

El niño/a es suyo por: ☐ nacimiento ☐ adopción ☐ hijastro/a ☐ otro

Complicaciones del embarazo: _____

Tipo de parto: ☐ vaginal ☐ cesárea Motivo de la cesárea: _____

¿Su hijo/a fue prematuro/a? ☐ No ☐ Sí, nacido/a a las _____ semanas

Complicaciones: _____ Peso al nacer: _____

Otros problemas en el período neonatal: _____

Infancia / Niñez / Adolescencia

¿Su hijo/a ha sido tratado/a o diagnosticado/a alguna vez con algunas de las siguientes condiciones? (Explique si marca la casilla)

Condición	Marcar	Explicación / Detalles
Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias	☐	_____
Sibilancias o bronquiolitis	☐	_____
Alergias estacionales o eccema	☐	_____
Alergia alimentaria	☐	_____
Infecciones de oído recurrentes	☐	_____
Neumonía	☐	_____
Infecciones del tracto urinario	☐	_____
Síndrome genético	☐	_____
Convulsiones	☐	_____
Anemia	☐	_____
Fractura ósea (hueso roto)	☐	_____
Discapacidad intelectual o del aprendizaje	☐	_____
Depresión / ansiedad	☐	_____

Otras afecciones médicas crónicas: _____

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a alguna vez? ☐ No ☐ Sí Explique: _____

Cirugías previas y fechas: _____

Pediatra anterior: _____ ¿Recibió vacunas en este consultorio? ☐ Sí ☐ No

Por favor, enumere cualquier especialista que su hijo/a esté consultando actualmente y el motivo:

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

ALERGIAS a medicamentos / vacunas (liste y describa la reacción):

Medicamentos actuales y dosis: _____

Vitaminas: _____ Suplementos herbales: _____

Medicamentos de venta libre (OTC): _____

DESARROLLO Y NUTRICIÓN

¿A qué edad su hijo/a comenzó a:

Sentarse solo/a: _____ Caminar solo/a: _____ Decir palabras: _____

Controlar esfínteres (día): _____ 1ra menstruación (mujeres): _____

¿Ha tenido su hijo/a algún problema inusual de alimentación o dieta? Explique:

HISTORIAL SOCIAL

¿Quién vive en el hogar del niño/a? ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Hermanos (Cant: ____)

☐ Abuelos ☐ Otro: _____

Ocupación de la madre: _____ Ocupación del padre: _____

Estado civil de los padres: ☐ casados ☐ solteros ☐ divorciados ☐ otro

Cuidado del niño/a: ☐ padres ☐ familiares ☐ guardería ☐ niñera/o

Días por semana en cuidado infantil (sin estar con los padres): _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Tiene preocupaciones sobre el rendimiento escolar? ☐ No ☐ Sí Explique: _____

¿Fuma algún miembro del hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas horas al día pasa su hijo/a en: Mirando TV: _____ Computadora: _____ Videojuegos: _____

Deportes / Ejercicio (Tipo): _____ ¿Frecuencia?: _____ Horas/semana: _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Tiene algún miembro de la familia alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las que correspondan)

Condición	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Asma	☐	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐	☐
Trastorno sanguíneo	☐	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐	☐
Ataque cardíaco / enfermedad cardíaca	☐	☐	☐	☐
Colesterol alto	☐	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐	☐
Accidente cerebrovascular	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de la tiroides	☐	☐	☐	☐
Enfermedad renal	☐	☐	☐	☐
Convulsiones	☐	☐	☐	☐
Migrañas	☐	☐	☐	☐
Depresión / ansiedad	☐	☐	☐	☐
Alcoholismo	☐	☐	☐	☐
ADHD	☐	☐	☐	☐

Por favor, explique todos los resultados positivos: