



Antecedentes de salud de pacientes de Pediatría

Nombre a fines legales: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Cómo le gusta que le llamen: _____ Sexo: Masculino Femenino

Información sobre este formulario

Al responder estas preguntas, estará ayudando al proveedor de su hijo(a) a comprender más sobre su salud y la mejor manera de tratarle. Si necesita ayuda para completar este formulario, el personal de la clínica podrá ayudarle.

GENERAL

- ¿Dónde nació el/la niño(a)? _____
- ¿Cuándo fue la última vez que **un médico de atención primaria atendió al/a la niño(a)**? _____
¿Quién le atendió? _____

ALERGIAS

- ¿Ha tenido el/la niño(a) alguna vez una **reacción alérgica (efecto negativo)** a un medicamento o vacuna?
 No Sí Escriba a continuación el nombre del medicamento o de la vacuna y el efecto que tuvo.

Medicamento al que es alérgico(a) el/la niño(a)	Qué sucede cuando toma ese medicamento
EJEMPLO: Penicilina	Tiene sarpullido.

- ¿Tiene alguna **reacción alérgica (efecto negativo)** a algo de lo siguiente?

No, no tiene alergias. Sí. *Marque todas las opciones que correspondan*

Alergia a	Qué sucede
<input type="checkbox"/> Látex (guantes de goma)	
<input type="checkbox"/> Pasto o polen	
<input type="checkbox"/> Huevos	
<input type="checkbox"/> Mariscos	
<input type="checkbox"/> Otros:	

MEDICAMENTOS

- ¿Toma el/la niño(a) algún **medicamento con receta**?

No, no toma ningún medicamento con receta. Sí. Por favor indíquelo(s) en la página siguiente.

Farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del medicamento	Concentración o cantidad		¿Cuántos comprimidos o dosis toma cada vez?			
			mañana	mediodía	cena	antes de dormir
EJEMPLO: Albuterol	90 mcg	X Según sea necesario.	mañana	mediodía	cena	antes de dormir
			mañana	mediodía	cena	antes de dormir
			mañana	mediodía	cena	antes de dormir
			mañana	mediodía	cena	antes de dormir
			mañana	mediodía	cena	antes de dormir

6. ¿Toma regularmente algún medicamento sin receta, vitaminas o suplementos nutricionales?

No. Sí. Marque todas las opciones que correspondan e indique la "concentración o cantidad" para lo que esté tomando.

Nombre del medicamento	Concentración o cantidad
<input type="checkbox"/> Analgésico (ejemplos: Tylenol, Advil, Motrin, Aleve, aspirina)	
<input type="checkbox"/> Vitaminas	
<input type="checkbox"/> Medicamento a base de hierbas, indique:	
<input type="checkbox"/> Suplementos nutricionales, indique:	
<input type="checkbox"/> Otro, indique:	

HISTORIA CLÍNICA

7. ¿Ha tenido el/la niño(a) alguna vez alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Otitis media (infecciones recurrentes del oído)
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Asma (enfermedad respiratoria)	<input type="checkbox"/> Prematuridad (nacido(a) demasiado temprano)
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Escoliosis (desviación de la columna vertebral)
<input type="checkbox"/> Diabetes (altos niveles de azúcar en sangre)	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> Drepanocitos (trastorno que afecta los glóbulos rojos)
<input type="checkbox"/> Eccema (problema de la piel)	<input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica (infección recurrente de la garganta)
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB, enfermedad pulmonar)
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco (ruido adicional que hace el corazón)	<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias
<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista (problemas para ver)
<input type="checkbox"/> Ictericia (la piel y los ojos se ponen amarillos)	<input type="checkbox"/> OTRO:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

8. ¿Ha tenido el/la niño(a) una cirugía alguna vez?

No, no ha tenido nunca una cirugía.

Sí. Indique a continuación cada cirugía.

Cirugía	Fecha

ANTECEDENTES FAMILIARES

9. ¿Alguno de los **miembros de la familia** del/de la niño(a) tuvo alguno de los siguientes problemas de salud?
Marque todas las opciones que correspondan

Nombre	¿Vive?	No se conocen antecedentes	Artritis	Asma	Defectos de nacimiento	Cáncer	Depresión	Enfermedad cardíaca	Presión arterial elevada	Colesterol alto	Enfermedad renal	Obesidad	Enfermedad tiroidea	Derrame cerebral	Abuso de sustancias	Otros problemas
Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
Padre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
Hermana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
Hermano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
Hermano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
MGM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
MGF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
PGM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
PGF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															

MGM=Abuela materna MGF=Abuelo materno PGM=Abuela paterna PGF=Abuelo paterno

ANTECEDENTES SOCIALES Y RELACIONADOS CON EL ENTORNO

10. Seleccione todas las opciones que correspondan

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------|
| ¿Fuma algún miembro de la familia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Utiliza el/la niño(a) recursos comunitarios? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Va el/la niño(a) a la escuela? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Grado: _____. |
| ¿Hay mascotas en la casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Ha viajado recientemente a un lugar fuera de su área? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está expuesto(a) a tabaco dentro de la casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está expuesto(a) a tabaco fuera de la casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Es adoptado(a) el/la niño(a)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Ha habido un divorcio o una separación? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Se ha involucrado de alguna manera el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está el/la niño(a) en cuidado tutelar o en un hogar grupal? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está alguno de los padres en la cárcel? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Han estado en la cárcel el/la niño(a) u otro niño de su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |

SERVICIOS

22. ¿Está atendiendo al/a la niño(a) algún otro médico **actualmente**?

Nombre del **médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del **médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del **médico**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del **dentista**: _____ Tipo de médico: _____

Cuándo lo consultó por última vez: _____ Número de teléfono: _____

¿Alguna otra información que deberíamos saber?