

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? _____