



Community Health Center of the North Country

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombres de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

Marque sí o no

Durante su embarazo con este niño:

¿Tiene presión arterial alta?	Si	No
¿Tiene diabetes o azúcar en la orina?	Si	No
¿Tiene una infección de orina o de riñón?	Si	No
¿Tiene otras infecciones?	Si	No
¿Tiene una enfermedad venérea como gonorrea o sífilis?	Si	No
¿Toma medicamentos, drogas o alcohol?	Si	No
¿Tiene algún problema con el trabajo de parto o el parto?	Si	No
¿Se planeó el embarazo?	Si	No
¿Cuánto tiempo duró el embarazo?		
¿Cuánto pesó la bebé?	libras	onzas
¿La niña tuvo algún problema después del nacimiento? Si es así, que:	Si	No
¿La madre y el niño regresaron juntos del hospital a casa?	Si	No
¿Cuántos días estuvieron la madre y el niño en el hospital?	M:	N:
¿En qué hospital nació su hijo?		

HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO:

Marque todo lo que corresponda y complete donde sea necesario

El niño vive con: **Madre** **Padre** **Ambos padres** **Otros familiares** **Padres de crianza**

¿Quién vive con este niño?

Nombre:	Relación con el niño:	Fecha de nacimiento:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

¿Pasa el niño tiempo con regularidad con una niñera? Si es así, ¿cuántas veces por semana?	Si	No
¿El niño pasa tiempo en una guardería? Si es así, ¿cuántas veces por semana?	Si	No
¿Cuántas horas por día?		



HISTORIA FAMILIAR DEL NIÑO:

Marque y complete donde sea necesario

	Padre	Madre	Familia del padre	Familia de la madre	Hermanos	Hermanas
Asma						
Diabetes						
Ataque cardíaco a menos de 50 años						
Convulsiones						
Enfermedad de células falciformes						

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO:

Marque y complete donde sea necesario

¿Su hijo está tomando actualmente algún medicamento? **Si** **No**
En caso afirmativo, enumere:

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida a los medicamentos? **Si** **No**
En caso afirmativo, enumere:

¿Su hijo tiene alergias alimentarias o ambientales? **Si** **No**
En caso afirmativo, enumere:

¿Alguna vez su hijo ha pasado la noche en el hospital? **Si** **No**
(Utilice el reverso de esta página para explicarlo, si es necesario)

Año	Hospital	Por qué
1.		
2.		
3.		

¿Alguna vez su hijo ha tenido:

Eczema (erupción cutánea alérgica)	Si	No
Varicela	Si	No
Anemia	Si	No
Asma	Si	No
Fiebre reumática	Si	No
Convulsiones, convulsiones, ataques	Si	No

Tiene su hijo:

¿Ha tenido problemas para ver o con los ojos?	Si	No
¿Ha tenido problemas para oír o con los oídos?	Si	No
¿Ha tenido frecuentes infecciones de oído?	Si	No
¿Tuviste algún problema con el corazón?	Si	No
¿Ha tenido algún problema de estómago o de intestino?	Si	No
¿Tenía huesos rotos o fracturados?	Si	No
Had any problems urinating?	Si	No
¿Alguna vez ha comido pintura, arcilla o yeso?	Si	No
¿Le da a su hijo vitaminas, hierro o flúor? Si es así, que:	Si	No



El desarrollo del niño:

¿Su hijo ha hecho cosas (por ejemplo: comenzó a sentarse, caminar, hablar) al mismo tiempo que su hermanos, hermanas, parientes o amigos?

Si**No**

Si no, explique:

Child's School History:

Si su hijo tiene la edad suficiente para ir a la escuela, ¿adónde va? _____

¿Qué grado? _____

¿Alguna vez su hijo ha reprobado una calificación?	Si	No
¿Asististe a una clase especial?	Si	No
¿Tuviste problemas de conducta en la escuela?	Si	No

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, explique:

Comportamiento del niño:

¿Su hijo ha tenido pesadillas frecuentes?	Si	No
¿Tenía problemas para ser demasiado tímido?	Si	No
¿Se ha aferrado demasiado a sus padres o amigos?	Si	No
¿Estado molesto últimamente?	Si	No
¿Estado demasiado nervioso?	Si	No
¿Ha sido excesivamente celoso?	Si	No
¿Miente mucho tu hijo?	Si	No
¿Tu hijo pelea mucho?	Si	No
¿Su hijo roba?	Si	No

¿Cómo describiría a su hijo y su comportamiento?

Información adicional: