



# Community Health Center of the North Country

## FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD PEDIÁTRICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres de padres/tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

Por favor circule y complete donde sea necesario

**Durante su embarazo con este niño, ¿usted:**

¿Tiene presión arterial alta?	Sí	No
¿Tiene diabetes o azúcar en la orina?	Sí	No
¿Tiene una infección de orina o riñón?	Sí	No
¿Tiene alguna otra infección?	Sí	No
¿Tiene una enfermedad venérea como gonorrea o sífilis?	Sí	No
¿Toma algún medicamento, drogas o alcohol?	Sí	No
¿Tiene algún problema con el trabajo de parto o el parto?	Sí	No
¿El embarazo fue planeado?	Sí	No
¿Cuánto duró el embarazo?	Sí	No
¿Cuánto pesó el bebé?	Libras	Onzas
¿El niño tuvo algún problema después del nacimiento? En caso afirmativo, ¿qué?	Sí	No
¿La madre y el niño regresaron juntos a casa del hospital?	Sí	No
¿Cuántos días permanecieron la Madre y el Niño en el hospital?	M:	C:
En qué hospital nació su hijo:		

### HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO:

Por favor circule y complete donde sea necesario

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

**¿Quién vive con este niño?**

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

¿El niño pasa tiempo regularmente con una niñera? En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana?	Sí	No
¿El niño pasa tiempo en una guardería? En caso afirmativo, ¿cuántas veces por semana? Cuántas horas por día?	Sí	No



## ANTECEDENTES FAMILIARES DEL NIÑO:

Por favor circule y complete donde sea necesario

	padre	madre	familia del padre	familia de la madre	hermanos	hermanas
Asma						
Diabetes						
Infarto con menos de 50 años						
Convulsiones						
Enfermedad de células falciformes						

## ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO:

Por favor circule y complete donde sea necesario

- ¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento? Sí      No  
En caso afirmativo, indique:
- ¿Su hijo tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí      No  
En caso afirmativo, indique:
- ¿Tiene su hijo alguna alergia alimentaria/ambiental? Sí      No  
En caso afirmativo, indique:
- ¿Alguna vez su hijo ha pasado la noche en el hospital? Sí      No  
(Utilice el reverso de esta página si es necesario para explicar)

Año:	Hospital:	Por qué:
1.		
2.		
3.		

### ¿Alguna vez su hijo ha tenido:

¿Eccema (erupción cutánea alérgica)?	Sí	No
¿Varicela?	Sí	No
¿Anemia?	Sí	No
¿Asma?	Sí	No
¿Fiebre reumática?	Sí	No
¿Ataques, convulsiones, ataques?	Sí	No

### Tiene su hijo:

¿Tuviste problemas para ver o con los ojos?	Sí	No
¿Tuvo problemas de audición o con los oídos?	Sí	No
¿Tenía frecuentes infecciones de oído?	Sí	No
¿Tuviste problemas con el corazón?	Sí	No
¿Tuviste problemas con el estómago o los intestinos?	Sí	No
¿Tenía huesos rotos o fracturados?	Sí	No
¿Tuvo problemas para orinar?	Sí	No
¿Alguna vez has comido pintura, arcilla o yeso?	Sí	No
¿Le da a su hijo: vitaminas, hierro o flúor? Si es así, ¿qué:	Sí	No



**Desarrollo del niño:**

¿El niño ha hecho cosas (por ejemplo, empezó a sentarse, caminar, hablar) al mismo tiempo que sus hermanos, hermanas, parientes o amigos?

**Sí****No**

Si no, explique:

**Historia escolar del niño:**

Si su hijo tiene edad suficiente para ir a la escuela, ¿a dónde va? \_\_\_\_\_ ¿Qué grado? \_\_\_\_\_

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

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

**Comportamiento del niño:**

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

¿Cómo describiría a su hijo y su comportamiento?

**Información adicional**