



HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Anterior de el Niño(a): _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Niño Niña

Nacio el Nino(a) a Tiempo? Si No Prematuro Tarde

El Parto Fue: Vaginal Cesarea Peso al Nacer: _____

Tuvo Complicaciones al Nacer: _____

El bebe estuvo con ictericia (amarillo)? Si No

Cuantos dias estuvo el bebe en el hospital? _____ Le dio pecho al niño? Si No

ENFERMEDADES O LASTIMADURAS

Alguna ves ha sufrido de:

- | Yes | No | | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paperas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarampion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas para comer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarampion aleman | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del oido |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Viruelas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo del corazon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha perdido el conocimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de respiracion/roncar | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracturas | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infeccion urinaria | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neumonia | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias | | | |

Alergia a alguna comida o medicina: _____

Hospitalizacion o Cirugias: _____

Medicinas que esta tomando actualmente: _____

HISTORIA FAMILIAR

Alguno de sus familiares como la madre, padre, hermano(a), o abuelos ha tenido:

Si No Diabetes _____

Si No Convulsiones o ataques epilepticos _____

Si No Retraso mental _____

Si No Enfermedades del corazon _____

Si No Cancer _____

Si No Enfermedades del rinon/vias urinarias _____

Si No Asma/problemas pulmonares _____

Si No Problemas de los huesos/articulaciones _____

Si No Enfermedades de la vista o oido _____

HISTORIA SOCIAL

Numero de personas en casa: _____ Los dos padres viven en casa? Si No

Alguien fuma en casa Si No Idioma que se habla en casa: _____

Fecha de Hoy: _____

Firma: _____ Relacion con el (la) Paciente: _____