

HISTORIAL MÉDICO

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón de la visita: _____

Médico primario: _____ Médico que refiere: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO:

Duración del embarazo: _____ Semanas Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Parto vaginal o cesárea _____ Número de días en el hospital _____

¿Complicaciones durante el embarazo o el parto? _____

HISTORIAL MÉDICO: (Anote todas las hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y enfermedades graves)

MEDICAMENTOS: Anote todos los medicamentos actuales, tanto con receta médica como de venta libre.

ALERGIAS: Anote todas las alergias a medicamentos y el tipo de reacciones.

VACUNAS: ¿Actualizadas? Sí o NO (encierre una en un círculo)

HISTORIAL FAMILIAR (marque todo lo que aplique o escoja "ninguna" más adelante): Anote la relación del miembro de la familia con el paciente.

- Bebés nacidos con enfermedad del corazón o niños que han tenido operaciones quirúrgicas: _____
- Muerte súbita o sin explicación de niño, adolescente o adulto joven: _____
- Ataque cardíaco en alguien menor de 50 años de edad: _____
- Colocación de marcapasos en niño, adolescente o adulto joven: _____
- Ritmo anormal del corazón: _____
- Cardiomiopatía hipertrópica: _____
- Hipertensión: _____
- Síndromes como el síndrome de Wolff-Parkinson-White, Long QT, síndrome de Romano-Ward, Williams, síndrome de Marfan o síndrome de DiGeorge: _____
- Sordera congénita: _____
- Diabetes: _____
- Colesterol alto: _____
- Asma: _____
- Ninguna

HISTORIAL SOCIAL:

¿En qué grado está su hijo?

¿Con quién vive el paciente? (Encierre en un círculo todo lo que aplica)

MADRE PADRE HERMANA HERMANO ABUELOS OTROS

FUMAR: ¿Exposición pasiva al humo? Sí o No

Su hijo tiene historial de (encierre en un círculo todo lo que aplica o seleccione "ninguna" más adelante): si el paciente es un bebé o niño pequeño, responda las preguntas adicionales.

<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Cambio en el apetito <input type="radio"/> Cambio en actividades <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Irritabilidad <input type="radio"/> Letargo (falta de energía) <input type="radio"/> Dificultad para dormir 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Se cansa fácilmente <input type="radio"/> Duerme mal <input type="radio"/> Lloro en exceso <input type="radio"/> Aumento lento de peso 	<p>CARDÍACO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Dolor de pecho <input type="radio"/> Extremidades frías <input type="radio"/> Cambio de color <input type="radio"/> Se cansa fácilmente <input type="radio"/> Sudoración excesiva <input type="radio"/> Síncope (desmayo) <input type="radio"/> Latidos cardíacos acelerados <input type="radio"/> Latidos irregulares <input type="radio"/> Palpitaciones <input type="radio"/> Soplo 	
<p>RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Síntomas de asma <input type="radio"/> Tos crónica <input type="radio"/> Sibilancias recurrentes <input type="radio"/> Neumonía frecuente <input type="radio"/> Dificultad para respirar al hacer ejercicio <input type="radio"/> Roncar 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Respiración acelerada 	<p>MUSCULOESQUELETO/PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Deformidad de huesos <input type="radio"/> Dolor en articulación <input type="radio"/> Hinchazón en articulación <input type="radio"/> Dolores musculares <input type="radio"/> Marcas de nacimiento <input type="radio"/> Cianosis (color azulado) <input type="radio"/> Sarpullido <input type="radio"/> Cambios en uñas 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Manos/pies hinchados <input type="radio"/> Debilidad muscular <input type="radio"/> Disminución del tono muscular <input type="radio"/> Hemangiomas <input type="radio"/> Señales de eczema
<p>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Visión borrosa <input type="radio"/> Uso de lentes correctores <input type="radio"/> Sangrado de encías <input type="radio"/> Pérdida de audición <input type="radio"/> Congestión nasal <input type="radio"/> Sangrado de nariz <input type="radio"/> Apnea del sueño <input type="radio"/> Dolor de diente 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ojo perezoso <input type="radio"/> Secreción del ojo <input type="radio"/> Enrojecimiento de ojo <input type="radio"/> Problemas de audición <input type="radio"/> Sangrado de nariz <input type="radio"/> Secreción nasal <input type="radio"/> Respiración ruidosa <input type="radio"/> Dentición 	<p>GASTROINTESTINAL/ GENITOURINARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Dolor abdominal <input type="radio"/> Distensión abdominal <input type="radio"/> Problemas alimenticios <input type="radio"/> Reflujo <input type="radio"/> Náusea <input type="radio"/> Vómito <input type="radio"/> Sangre en orina <input type="radio"/> Aumento de la micción <input type="radio"/> Orinar con frecuencia 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Diarrea <input type="radio"/> Estreñimiento <input type="radio"/> Sangre en heces <input type="radio"/> Toser o ahogarse con la alimentación <input type="radio"/> Problemas de alimentación <input type="radio"/> Cólico <input type="radio"/> Ictericia <input type="radio"/> Mal olor en orina
<p>NEUROLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Dolores de cabeza frecuentes <input type="radio"/> Mareos 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Irritabilidad extrema <input type="radio"/> Movimientos inusuales <input type="radio"/> Dejar de respirar <input type="radio"/> Hiperactividad 	<p>HEMATOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Moretones frecuentes <input type="radio"/> Problemas de sangrado <input type="radio"/> Glándulas inflamadas 	
<p>ENDOCRINO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Aumento de peso excesivo <input type="radio"/> Crecimiento lento <input type="radio"/> Pérdida de peso 	<p><i>Bebé/niño pequeño</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Crecimiento anormal 	<p>PSIQUIÁTRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ADD <input type="radio"/> ADHD <input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Problemas en la escuela 	

Firma de uno de los padres/tutor legal

Fecha