

Practice Site



Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fecha: _____

Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad en que se manifestó por primera vez):

Problemas actuales:

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____
Peso al salir de alta: _____ Edad gestacional al nacer (semanas): _____ Método de parto: Vaginal Cesárea
Duración del parto: _____ En caso de cesárea, indique el motivo

APGAR 1 mes: _____ APGAR 5 meses: _____ APGAR 10 meses: _____

Alimentación del bebé: Leche materna Biberón Ambos
Nombre de la fórmula infantil _____

Comentarios: Prueba auditiva del recién nacido: Pasó Falló Otros comentarios:

Historia médica: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

ADD/ADHD _____	Sí	No	Rinitis alérgica _____	Sí	No
Anemia _____	Sí	No	Asma _____	Sí	No
Cardiopatía congénita _____	Sí	No	Estreñimiento _____	Sí	No
Retraso del desarrollo _____	Sí	No	Diabetes _____	Sí	No
Eccema _____	Sí	No	Alergias a alimentos _____	Sí	No
Reflujo gastroesofágico _____	Sí	No	Enfermedad mental _____	Sí	No
Soplo cardíaco _____	Sí	No	Prematuridad _____	Sí	No
Otitis recurrente (infecciones del oído) _____	Sí	No	Faringitis estreptocócica recurrente _____	Sí	No
Convulsiones _____	Sí	No	Abuso de sustancias _____	Sí	No
Infecciones urinarias _____	Sí	No	Problemas de visión _____	Sí	No
Reflujo vesicoureteral _____	Sí	No	Sibilancias _____	Sí	No

Otros antecedentes médicos:

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada)

	Fecha		Cirujano
Adenoidectomía (extirpación de las adenoides)	Sí	No	
Apendicectomía (extirpación del apéndice)	Sí	No	
Tubos en los oídos	Sí	No	
Funduplicación _____	Sí	No	
Colocación de tubo de gastrostomía _____	Sí	No	
Cirugía cardíaca _____	Sí	No	
Reparación de hernia _____	Sí	No	
Cirugía ortopédica _____	Sí	No	
Amigdalectomía _____	Sí	No	

Practice Site _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Cirugía urológica _____
 Derivación ventriculoperitoneal _____

Sí	No		
Sí	No		

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

Relación con el NIÑO	Nombre	V: Vivo	D: Difunto	ADD/ADHD	Alergias	Anemia	Asma	Cáncer	Diabetes	Enfermedad ocular	Problemas gastrointestinales	Cardiopatía	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Abuso de sustancias	Afección tiroidea	Otro
Padres	Madre	V	D																		
	Padre	V	D																		
Hermanos	Hermana	V	D																		
	Hermano	V	D																		
Tías/tíos	Tía mat*	V	D																		
	Tío mat*	V	D																		
	Tía pat*	V	D																		
	Tío pat*	V	D																		
Abuelos	Abuela mat*	V	D																		
	Abuelo mat*	V	D																		
	Abuela pat*	V	D																		
	Abuelo pat*	V	D																		

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares): _____
 *Mat = materno, parientes de parte de la madre *Pat = paterno, parientes de parte del padre
 Abajo se pueden agregar otros antecedentes familiares, incluidos hermanos:

Relación con el NIÑO	Nombre	V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con sus padres biológicos: Sí No

Hogar de acogida: Sí No

Cuidadores principales (marque con un círculo): Padres Guardería infantil Parientes Otros: _____

Guardería infantil (horas/día): _____

Tiempo con parientes (horas/día): _____

Mascotas: Sí No

Estado del padre/madre:

Estado civil del padre/madre (marque con un círculo): Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro _____

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____