



Healthy Kids+

Historial Médico Pediátrico
 Pr favor, conteste las siguientes preguntas su hijo

Nombre del niño/a:		Fecha de Nacimiento:
Ha sido hospitalizado a su hijo ? No Sí , ¿cuándo?		
el niño ha tenido cirugía? No es así, explique:		
¿Tiene su hijo/a alergias a medicamentos or comidas? No Sí explique:		
¿Ha tenido su hijo/a enfermedades crónicas? No Sí explique:		
El niño ha tenido varicela ? No Sí , ¿cuándo?		
Cualquier problema del pulmón?	No	Sí , explique:
Cualquier problema del corazón ?	No	Sí , explique:
Cualquier problema de riñón / urinaria ?	No	Sí , explique:
Cualquier problema óseo / muscular?	No	Sí , explique:
Cualquier problemas estomacales / intestinales ?	No	Sí , explique:
Los problemas del sistema nervioso / cerebro ?	No	Sí , explique:
Cualquier problema genital?	No	Sí , explique:
Cualquier problema de la piel ?	No	Sí , explique:
Cualquier problema de ojo / oído / nariz / garganta?	No	Sí , explique:
Cualquier inquietud o problemas de aprendizaje en el desarrollo?	No	Sí , explique:
Cualquier problema de conducta o trastornos de la alimentación ?	No	Sí , explique:
Cualquier medicamento regulares (de venta libre o sin receta)? Lista dosis y frecuencia:		
Cualesquiera otros problemas médicos que deben tener en cuenta? Ninguno Sí -explique:		
Females Only		
At what age did your child start her first period?	Does she have difficult periods?	
Is your child on birth control?	Has your child had a miscarriage or abortion?	



Nombre del niño/a:	Fecha de Nacimiento:
HISTORIA DE NACIMIENTO Con un círculo las respuestas apropiadas	
Entrega : dentro de la vagina por cesárea , debido a:	Peso de nacimiento:
¿Era este niño prematuro : Si No En caso afirmativo , ¿cuántas semanas ?	¿Hubo problemas con la entrega de este niño ? En caso afirmativo , indique:
Tenía este niño tiene algún problema inesperado en el hospital , tales como dificultad para respirar , hechizos azules , ictericia , problemas para alimentarse , etc.? En caso afirmativo , indique:	
¿Esta hijo necesita un tratamiento especial en el hospital , tales como oxígeno , transfusiones , luces ? En caso afirmativo , indique:	
Era (es) alimenta esta mama niño? Si No	
Tenía (no) este niño tiene algún problema con la lactancia materna o la alimentación con fórmula ? En caso afirmativo , indique:	
HISTORIA SOCIAL	
¿Con quién vive este niño ?	
¿Relacion hacía el niño?	
Los padres : Casado Divorciado Separado Individual	
Los hermanos -Por favor escriba :	
¿Cuántos adultos viven en su hogar?	¿Cuántos niños viven en su hogar ?
Actualmente está inscrito a su hijo en la guardería o la escuela ? No Si ¿Dónde?	
¿Tiene su hijo participe en el ejercicio regular ? No Si Explique:	
¿Toma su hijo cafeína? No Si	
¿Hay una piscina en casa?No Si	Cualquier fumadores en el hogar? No Si
¿Hay detectores de humo en casa?No Si	¿Hay detectores de monóxido de carbono en su hogar ? No Si
¿Cuál es su fuente de agua?	Se mantienen las armas en su casa? No Si
¿Usa su hijo / cinturones de seguridad los asientos de coche ? No Si	¿Usa su hijo un casco de bicicleta ? No Si
Animales domésticos en la casa ? No Si En caso afirmativo , indique:	
Cualquier otra cuestión que deben tener en cuenta? No Si En caso a firmativo, indique?	



Nombre del niño/a:	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------------------

FAMILIA HISTORIA MÉDICA

	Padre del niño	La madre del niño	Hermano	Hermano	Abuelo	Otros parientes
Año de nacimiento (si se conoce)						
Año de la muerte (si se conoce)						
Causa de la muerte						
Enfermedad del corazón						
Alta presión sanguínea						
Carrera						
Colesterol alto						
Anemia						
Desorden sangrante						
Diabetes (adulto o niño aparición)						
Asma						
Tuberculosis						
Fibrosis quística						
Abuso de alcohol						
Abuso de drogas						
Problemas mentales						
Problemas sociales						
Los problemas psiquiátricos						
Cáncer (tipo)						
Enfermedad del riñón						
Las migrañas						
Convulsiones						
Los defectos congénitos de nacimiento						
Desorden alimenticio						
Otro:						

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

Idioma si otra Inglés: _____ Niño _____ Padre _____
 Las necesidades especiales de comunicación ? No Si

EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE

¿Cómo prefiere que la educación del paciente para ser proporcionado ? Escrito Demostrada

DERECHOS DEL PACIENTE

¿Hay algo que necesitamos saber acerca de su religión o la cultura con el fin de cuidar a su hijo ?
 En caso afirmativo , explique: