

## Historial médico de paciente nuevo - Pediatría 0-5 años

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Problemas médicos actuales** (de lo que le gustaría hablar hoy):

---

---

**Indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento:**

Nombre del medicamento. Reacción

---

---

**Por favor, indique cualquier medicación que su hijo/a esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta, suplementos de hierbas o vitaminas:**

Nombre del medicamento. Dosis. Indicaciones (con qué frecuencia se le debe dar)

---

---

### Vacunas

¿Sigue las fechas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)? ☐ Sí ☐ No

Explique si cambia las fechas recomendadas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado alguna vez? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique a continuación:

---

---

**Por favor, marque las cirugías a las que se haya sometido su hijo/a:** ☐ Corazón ☐ Conductos auditivos

☐ Amígdalas/Adenoides ☐ Apéndice ☐ Circuncisión ☐ Frenulotomía (recorte lingual) ☐ Cirugía ocular

☐ Reparación de hernia, tipo: \_\_\_\_\_ ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### Antecedentes prenatales y de nacimiento

¿Recibió la madre cuidados prenatales para este niño/a? ☐ Sí ☐ No

Alguna enfermedad/complicaciones/infecciones maternas durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ semanas

Tipo de parto: ☐ vaginal ☐ cesárea programada ☐ cesárea no programada ☐ fórceps/vacío

Motivo de la cesárea no programada \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz ¿Alguna complicación durante el parto? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación con su hijo después del parto? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

Días que pasó su hijo en el hospital: \_\_\_\_\_ Examen auditivo: ☐ Aprobado ☐ No aprobado ☐ No se sabe