

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 Nombre de la fórmula infantil _____
Biberón Ambos _____

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		

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: _____

Hogar de acogida: _____

Cuidadores principales (marque con un círculo): _____

Guardería infantil (horas/día): _____

Tiempo con parientes (horas/día): _____

Mascotas: _____

Sí

No

Sí

No

Padres

Guardería infantil

Parientes

Otros: _____

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: _____