

Formulario para pacientes nuevos de pediatría.



Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Persona quien está llenando este formulario:

Preguntas solo para niños menores de un año:

El doctor o la clínica en que fue atendido anteriormente:

La madre tuvo problemas durante el embarazo (presión alta, azúcar alto en la sangre, etc)?

Tomó la madre medicina, drogas, o fumaba cigarillos durante su embarazo? Si No

En caso afirmativo, sírvase indicar:

El niño nació en parto: Normal Cesaria Desconozco

La madre recibió antibióticos durante el parto? Si No Desconozco

Tuvo la madre la prueba de GBS positiva? Si No Desconozco

El niño toma: Fórmula el seno El niño tuvo la vacuna contra la Hepatitis B en el hospital? Si No Desconozco

El niño salió del hospital con su madre? Si No Desconozco

Preguntas para todos los Niños:

Donde nació su niño?

Cuanto pesó?

Nació: a tiempo temprano Si fue temprano—cuantas semanas temprano?

Tuvo el niño problemas después de nacer—necesito oxígeno, tuvo ictericia (piel amarilla), necesito antibióticos, etc.?

HISTORIA MÉDICA PARA TODOS LOS NIÑOS

El niño tiene todas las vacunas al día? Si No Desconozco

*Tiene los registros de vacunas? Si No Donde le pusieron las vacunas?

Cualquier historial de fiebre alta, ataque epiléptico, lloros y gritos excesivo después de las vacunas? Si No Desconozco

► Por favor, escriba todas las alergias a la medicina o comida:

► Por favor, escriba todas las medicinas que el niño toma todos los días:

Alguna vez fue el niño hospitalizado hasta el día siguiente? Si No Si fue hospitalizado, por favor explica porque:

Alguna vez el niño tuvo cirugía? Si No Si tuvo cirugía por favor explica porque:

Tiene el niño algún problema médico (ejemplo: asma, alergias o Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)?

Si No

Tiene alguna inquietud sobre el comportamiento o desarrollo del niño? Si No

En caso afirmativo, sírvase indicar:

(Continúa en el parte de atrás ...)

HISTORIA SOCIAL:

El niño vive en: una casa apartamento o casa móvil (tráiler)

Tiene la casa calefacción? Si No Agua Potable? Si No

Por favor,
escriba
todos los
miembros
que viven
en la casa?

Nombre: _____

Edad: _____

Relación con el niño: _____

El niño se ha mudado recientemente? Si No Si la respuesta fue si, de donde?

El niño vive o regularmente visita una casa que tenga más de 30 años? Si No

Alguno de los padres tiene la custodia del niño? Si No Si No, ¿quién es?

El padre o el apoderado del niño trabaja o estudia? Si No

Donde trabajan ellos o a que escuela asisten? **MADRE:**

PADRE:

El niño va a la guardería o tiene niñera? Si No

Escriba el nombre de la guardería o cuántos niños la niñera cuida?

Alguna persona que vive en la casa fuma? Si No Alguna persona que regularmente cuida al niño fuma? Si No

Asiste el niño a la escuela? Si No Escriba el nombre de la escuela y el nivel:

El niño ha perdido el año? Si No Cual nivel?

Nació el niño fuera de los Estados Unidos? Si No

Han viajado alguna vez fuera de los Estados Unidos? Si No

Algún miembro de la familia o pariente cercano ha tenido tuberculosis (TB) o a tenido resultado positivo de TB en su piel? Si No

Hay armas de fuego en su casa? Si No Están estas armas bajo llave? Si No

El niño viaja en asiento para niños? Si No Usa el niño cinturón de seguridad en el carro? Si No

Usted tiene alguna preocupación sobre le seguridad de su niño o su bienestar en su casa? Si No

HISTORIA FAMILIAR:

Por favor encierre en un círculo cualquier respuesta que sea aplicable a los padres del niño, hermanos, tíos/tías, abuelos, o tatarabuelos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad al estomago (ulcera, colitis, enfermedad celiaca, etc) |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas con la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas con anesthesia | <input type="checkbox"/> Ataque epiléptico |
| <input type="checkbox"/> Defectos al nacer (como hueco en el corazón, espina bifida, síndrome de Down, etc) | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (depresión, ansiedad, bipolar, ADHD, etc) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica (Lupus, artritis reumática, etc) |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias estupefacientes (drogas o alcohol) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Los bebés en la familia morir pronto de SIDS o otros problemas |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón cuando tuvo menos de 50 años | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Muerte súbita |
| <input type="checkbox"/> Desordenes sanguíneos (hemofilia, anemia de células falciformes, etc) | <input type="checkbox"/> Otros |