

Historial Médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Raza: _____ Origen étnico: _____ Género: _____

Embarazo/Período Neonatal

¿Es el niño tuyo por nacimiento adopción subrogación hijastro/a otro _____
Si es adoptado: ¿A qué edad? _____ ¿De qué país? _____

Completar esta sección solo si su niño tiene menos de 1 año

Historia Prenatal (para la madre biológica)

¿Tuviste alguna complicación con el embarazo? No Sí _____
¿Fue un problema la concepción o el mantenimiento de los embarazos? No Sí _____
¿Tuviste alguna infección o enfermedad durante el embarazo? No Sí _____
¿Tuviste alguna prueba prenatal o ultrasonido anormal? No Sí _____
¿Tomaba algún medicamento recetado? No Sí _____
¿Hubo exposiciones prenatales a: Tabaco/Nicotina Alcohol Otro _____
¿Qué vacunas recibiste durante el embarazo? Influenza DTaP RSV

Historial Médico del Bebé

¿El bebé fue prematuro? No (37+ semanas) Sí, nacido en _____ semanas
Peso al nacer: _____
¿El bebé se fue a casa el mismo día que la mamá? Sí No

¿Tu bebé ha recibido tratamiento o se le ha diagnosticado alguna vez:

- Preocupaciones crónicas por mala alimentación/crecimiento
- Eczema o problemas crónicos de la piel
- Sibilancias recurrentes
- Alergia o intolerancia a la comida
- Infecciones de oído recurrentes
- Problemas cardíacos
- Neumonía
- Infección del tracto urinario/Problemas renales
- Retrasos en el movimiento o en el desarrollo
- Otras condiciones médicas crónicas/recurrentes

Condiciones: _____

¿Ha pasado la noche hospitalizado? _____

Cirugías previas y fechas: _____

Pediatra anterior y fecha (o edad) del último chequeo: _____

Indique cualquier especialista (s) que su hijo/a esté viendo y la razón: _____

Medicamentos

Alergias a medicamentos/vacunas (indica y describe la reacción): _____

Medicamentos recetados de rutina y dosis:

Medicamentos sin receta de rutina:

Vitaminas o suplementos de rutina:

Historia Familiar

¿Alguno de los padres o hermanos del niño tiene:

Condición	Padre	Madre	Hermanos	Comentarios:
Asma/Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias a la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida de audición/sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Derrame cerebral <55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (tipo 1 or 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad endocrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificultades de aprendizaje/ Dislexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Otras enfermedades de transmisión genética que es importante conocer:

Historia Social:

- ¿Quién vive en casa? Mamá (s) Papá (s) Padrastros Hermanos (#____) Abuelos Otros _____
- ¿El niño vive en dos hogares? Si No
- Cuido de día: En casa Cuido/escuela Otro _____
- Exposición a tabaco en casa: No Tabaco or Vape
- Fuente de agua en la casa: Agua de la ciudad Agua de pozo Otro _____
- Lenguaje hablado en casa: Inglés Español Otro _____
- ¿Alguna práctica cultural o religiosa que deberíamos saber? _____