



Historial Medico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Médico Personal:

Durante el embarazo con este niño, ¿hubo alguna preocupación por él bebe que notó cualquier ultrasonido o un obstetra que brindaba cuidado? No Si _____

Su hijo(a) ha sufrido una lesion o Accidente serio? No Si

Si, si Cuando y Por qué? _____

Su hijo(a) ha tenido algun tipo de cirugia? No Si

Si, si Cuando y que tipo? _____

Su hijo(a) ha sido hospitalizado alguna vez? No Si

Si, si Cuando y Por qué? _____

Por favor indicar si su hijo(a) a tenido alguna vez los siguientes problemas médicos.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas Crónicos de la piel (Acné, Eczema, etc) |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes o sinusitis | <input type="checkbox"/> Anemia o Problemas de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Faringitis/Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades infecciosas | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Rinitis Alergica u otras alergias: | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Aire libre | <input type="checkbox"/> TDAH (Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad) |
| <input type="checkbox"/> Interior | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de la salud mental |
| <input type="checkbox"/> Asma, Bronquitis, Neumonia, Laringitis | <input type="checkbox"/> Preocupaciones ortopedicas |
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon o Soplo Cardiaco | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal/ Reflujo Gastroesofagico | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides u otros problemas endocrinales |
| <input type="checkbox"/> Constipacion con cita medica requerida | <input type="checkbox"/> Si es mujer y a empesado sus periodos menstruales, a tenido algun problema con su menstruacion? |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias frecuentes | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia nocturna (depues de los 5 Años de edad) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos/ Lentes correctivos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de oidos o de Audicion | |

Historial Social:

Quien vive en el hogar? (Incluyendo mascotas) _____

Alguien en casa fuma? No Si

Existen armas de fuego en el hogar? No Si

Si las posee se encuentran bajo llave y separadas de municiones? No Si

Continua

Historia Familiar Medica:

Favor de indicar si su hijo(a) tiene historial Familiar de alguno de las siguientes diagnosticos:

Diagnostico	Madre Biologica	Padre Biologico	Hermana	Hermano	Media Hermana	Medio Hermano	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterno	Abuelo Paterno
Alergias										
Asma/Enfermedades De los pulmones										
Enfermedades/Condicion del Corazon										
Presion Arterial Alta										
Alto Colesterol										
Diabetes u otros problemas endocriales										
Cancer, Que tipo?										
Anemia										
Trastornos Sanguinios										
Epilepsia/ Convulsiones										
Trastornos del Desarrollo										
Trastornos Neurologicos (incluyendo TDAH))										
Enfermedades del Hgado										
Trastornoso o Enfermedades Gastrointestinales										
Enfermedades de los Riñones										
Incontinencia nocturna (despues de los 10 años de edad)										
Discapacidades de Audicion										
Discapacidades de la vision o trastornos de los ojos										
Problemas Inmunologicos, Infecciones frecuentes o VIH/Sida										
Alcoholismo										
Abuso de Drogas ilicitas										
Enfermedades Mentales										
Tuberculosis										
Obesidad										
Otro										

Firma Del Padre/ Madre: _____