

Northwest Colorado Health  
CHILD HEALTH HISTORY FOR CHILDREN UNDER 18 MONTHS OF AGE

Parte de visitar al doctor es para que él o ella le dé información, recomendaciones y materiales educativos que ayudan a su familia. El siguiente formulario es para ayudar a guiar al personal acerca de las necesidades específicas de su niño(a).		
NOMBRE DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA DE HOY	EDAD DEL NIÑO(A)	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO		
RELACIÓN CON EL NIÑO(A)		
Marque con un círculo		
1. ¿Su niño(a) ha estado recibiendo cuidado médico en otro consultorio antes de venir a este?	SÍ	NO
Si es así, ¿Dónde?		
2. ¿Su niño(a) está al día con sus vacunas?	SÍ	NO
¿Tiene la cartilla de vacunación?	SÍ	NO
Si no, ¿En dónde le han puesto las vacunas?		
3. ¿Su niño(a) padece alguna alergia?	SÍ	NO
Si es así, ¿A qué es alérgico(a)?		
4. Embarazo (de este niño/a)		
¿Recibió cuidado prenatal?	SÍ	NO
Si es así, ¿Dónde?		
Por favor escriba cualquier complicación que haya tenido		
Durante el embarazo usted:		
a. ¿Fumó cigarrillos? Si es así, ¿Qué tanto?	SÍ	NO
b. ¿Tomó alcohol? Si es así, ¿Qué tanto?	SÍ	NO
c. ¿Tomó drogas o medicamentos? Si es así, ¿Cuáles?	SÍ	NO
5. Parto		
¿Dónde nació su bebé?		
¿El parto fue vaginal o cesárea? (círcule la palabra vaginal o cesárea). El parto fue:		
Antes de tiempo: ¿Qué tanto?		
A tiempo		
Después de tiempo: ¿Qué tanto?		
6. Después del parto:		
¿Cuántos días se quedó su bebé en el hospital?		
¿Cómo alimentó a su bebé?		
Pacho: ¿Por cuánto tiempo?		
Biberón: ¿Por cuánto tiempo?		
¿Tuvo el bebé algún problema en el hospital?	SÍ	NO
Si es así, ¿Cuál?		
7. ¿Ha tenido su niño(a) alguno de los siguientes problemas?		
Intercia (color amarillo)	SÍ	NO
Cólico	SÍ	NO
Problemas respiratorios	SÍ	NO
Problemas de alimentación	SÍ	NO
Crecimiento pobre	SÍ	NO
Infecciones del oído	SÍ	NO
Problemas del sueño	SÍ	NO
Desarrollo lento	SÍ	NO
8. ¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía?	SÍ	NO
Si es así, ¿Por qué?		
9. ¿Su niño(a) alguna vez ha pasado una noche en el hospital? (además de cuando nació)	SÍ	NO
Si es así, ¿Por qué?		
10. ¿Su niño(a) alguna vez ha tenido un accidente serio?	SÍ	NO
Si es así, ¿Qué?		
11. ¿Algún familiar de su niño(a), como hermano, hermana, padres, o algún pariente de cualquiera de los padres, tiene algo de lo siguiente? Si es así, por favor explique.		
Alergias	SÍ	NO
Asma	SÍ	NO
Defectos de nacimiento	SÍ	NO
Trastornos de la coagulación (de la sangre)	SÍ	NO
Cáncer	SÍ	NO
Diabetes	SÍ	NO
Sordera (¿En gente joven?)	SÍ	NO
Epilepsia (convulsiones)	SÍ	NO
Tuberculosis (TB)	SÍ	NO
Defectos del corazón	SÍ	NO
Muerte por ataque al corazón, siendo menor de 50 años	SÍ	NO
Presión arterial alta	SÍ	NO
Hepatitis (enfermedad del hígado)	SÍ	NO
Enfermedad renal (de los riñones)	SÍ	NO
Problemas de la tiroides	SÍ	NO
Discapacidades físicas	SÍ	NO
Retraso mental	SÍ	NO
Enfermedad mental	SÍ	NO
Problemas con el alcohol	SÍ	NO
Problemas relacionados con las drogas	SÍ	NO
12. ¿Es usted madre soltera o padre soltero?	SÍ	NO
Si es así:		
a. ¿Su niño(a) visita al padre (o madre) ausente?	SÍ	NO
b. ¿Se siente cómodo(a) respecto a la seguridad de su niño(a) cuando él o ella visita al padre (o madre) ausente?	SÍ	NO
c. ¿Tiene a alguien disponible para que le ayude con su niño(a)?	SÍ	NO
13. Por favor escriba el nombre, edad y relación con el niño(a), de los demás miembros del hogar:		
14. ¿Alguien en su hogar fuma?	SÍ	NO
15. ¿Tiene pistolas en su casa?	SÍ	NO
16. ¿Su niño(a) alguna vez ha sufrido abuso mental, físico o sexual?	SÍ	NO
Firma del padre o madre		