

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si es paciente establecido, por favor marque el cuadro y ponga sus iniciales si su historial de salud NO ha cambiado en los últimos 12 meses

Farmacia de su preferencia: _____ Ciudad, estado: _____

Medicamentos / Suplementos:	Dosis/mg, mcg, etc. y frecuencia:

Alergias:	Reacciones:

¿Está al día con sus vacunas?: SÍ NO NO ESTOY SEGURO(A)

Historial de salud general, marque si el niño(a) ha tenido algo de lo siguiente:

Artritis	TDAH (Trastorno déficit de atención e hiperactividad)	Colesterol alto	Fiebre reumática
Asma	Comportamiento alimenticio inusual	Retrasos en el desarrollo	Historial de quimioterapia o radiación
Neumonía	Trastornos del aprendizaje	Enfermedad del hígado	Preocupaciones relacionadas al peso de su hijo(a)
Alergias estacionales o a los alimentos	Psicosis	Problemas intestinales o estomacales	Trastornos del sueño
Problemas de la vejiga / Enfermedad de los riñones	Intento de suicidio	Se orina en la cama	
Trastornos de la sangre (anemia de células falciformes, hemofilia, hierro bajo)	Epilepsia/Convulsiones	Estreñimiento o diarrea	
Cáncer	Problemas de los ojos	Diabetes tipo 1 o 2	
Comportamiento desafiante	Dolores de cabeza	Problemas de la tiroides	
Depresión/Ansiedad	Parálisis cerebral	Problemas de la piel	
Autismo	Condiciones del corazón	Tuberculosis	

¿Su hijo(a) ha tenido alguna otra enfermedad grave que no está en esta lista? Si es así, por favor describa:

Historial quirúrgico

Fecha	Tipo de cirugía o procedimiento

Historial de hospitalizaciones médicas y psiquiátricas

Fecha	Razón de la hospitalización

Historial y antecedentes familiares

Familiar	Estatus	¿Edad?	Enfermedades físicas y mentales
Padre	Vive / Falleció		
Madre	Vive / Falleció		
Abuelo paterno	Vive / Falleció		
Abuela paterna	Vive / Falleció		
Abuelo materno	Vive / Falleció		
Abuela materna	Vive / Falleció		
Hermana(s)	Vive(n) / Fallecieron		
Hermano(s)	Vive(n) / Fallecieron		
Hijos/Hijas	Vive(n) / Fallecieron		
Otros parientes	Viven / Fallecieron		

Historial social

¿Tiene acceso a comida todos los días?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a vivienda segura?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a un transporte para poder llevar a su hijo(a) a sus citas médicas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si tiene pistolas en su casa, ¿están bajo llave y descargadas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Es usted madre/padre soltera(o)? Si es así:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• ¿Su hijo(a) visita al padre/madre ausente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• ¿Se siente cómoda(o) con la seguridad de su hijo(a) cuando visita al padre/madre ausente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• ¿Hay alguien disponible para ayudarlo con su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguien en su casa fuma?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez su hijo(a) ha sido abusado(a) mental, física o sexualmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Anteriormente su hijo(a) ha estado recibiendo atención médica en otro consultorio o clínica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si es así, ¿cuál consultorio o clínica?	
El embarazo	
¿Recibió cuidado prenatal cuando estaba embarazada de este niño(a)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Durante este embarazo...	
• ¿Fumó cigarrillos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿cuántos?
• ¿Tomó alcohol?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿cuánto?
• ¿Consumió drogas o medicamentos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si es así, ¿cuánto?
El parto	
¿Dónde nació su bebé?	
El parto fue (por favor marque todo lo que aplique): <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Por cesárea <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> A tiempo <input type="checkbox"/> Tardío	
Después del parto	
¿Cuántos días permaneció su bebé en el hospital?	
¿Cómo alimentó a su bebé?	<input type="checkbox"/> Lo(a) amamanté <input type="checkbox"/> Con biberón
Por favor enumere cualquier complicación que haya tenido durante el embarazo y/o el parto: _____	

Por favor enumere a todos los miembros del hogar, incluyendo nombre, edad y parentesco que tienen con el niño(a):

Firma del padre o madre: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____