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

Parte de visitar a su doctor es para que él o ella le pueda dar 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. ¿Su niño(a) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?		
Problemas con los riñones o la vejiga	SÍ	NO
Problemas con las evacuaciones intestinales (hacer popó)	SÍ	NO
Asma	SÍ	NO
Neumonía/pulmonía	SÍ	NO
Infecciones del oído frecuentes	SÍ	NO
Infecciones de sinusitis frecuentes	SÍ	NO
Infecciones de la garganta frecuentes	SÍ	NO
Varicela	SÍ	NO
Convulsiones	SÍ	NO
Dolores de cabeza frecuentes	SÍ	NO
Problemas de la piel	SÍ	NO
5. ¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía?	SÍ	NO
Si es así, ¿Por qué?		
6. ¿Su niño(a) alguna vez ha pasado una noche en el hospital?	SÍ	NO
Si es así, ¿Por qué?		
7. ¿Su niño(a) alguna vez ha tenido un accidente serio?	SÍ	NO
Si es así, ¿Qué?		
¿Alguna vez ha necesitado puntadas?	SÍ	NO
¿Alguna vez se ha quebrado un hueso?	SÍ	NO
8. ¿Algún familiar de su niño(a), como hermanos, hermanas, padres, o algún pariente de cualquiera de los padres, ha tenido 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
Restraso mental	SÍ	NO
Enfermedad mental	SÍ	NO
Problemas con el alcohol	SÍ	NO
Problemas relacionados con las drogas	SÍ	NO
ADD (Trastorno por déficit de atención/hiperactividad)	SÍ	NO
9. ¿Alguien en su hogar fuma?	SÍ	NO
10. ¿Su niño(a) alguna vez ha sufrido abuso mental, físico o sexual?	SÍ	NO
11. ¿Hay algún problema del que quisiera hablar con el doctor (o doctora) sin que su niño(a) escuche?	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) con 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. ¿Tiene alguna preocupación sobre algún comportamiento que pueda estar teniendo su niño(a)?	SÍ	NO
Del habla	SÍ	NO
De la audición (no oye bien)	SÍ	NO
Berrinches	SÍ	NO
Hiperactividad	SÍ	NO
Problemas del sueño	SÍ	NO
14. Por favor escriba el nombre, edad y relación con el niño(a), de los demás miembros del hogar.		
15. ¿Tiene pistolas en su casa?	SÍ	NO

Firma del padre o madre