

HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

 Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Historial Médico

Fecha: ____/____/____

¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño/a? _____

¿Qué embarazo fue este niño/a para la madre? _____

¿Usó la madre alguna de estas sustancias durante el embarazo?

☐ Alcohol—¿Cuánto? _____

☐ Drogas ilícitas -¿Cuáles? _____

☐ Tabaco-¿Cuánto? _____

 ¿Nació este niño/a a término completo? ☐ Sí ☐ No, ¿qué tan temprano/tarde? _____

¿Cuánto pesó el niño/a al nacer? _____

 ¿Estaba el niño/a sano al nacer? ☐ Sí ☐ No, especifique: _____

¿Ha estado hospitalizado el niño/a alguna vez?

Edad del niño/a

Razón de hospitalización

¿Ha tenido el niño/a alguna vez una cirugía?

Edad del niño/a

Tipo

Razón de la cirugía

¿Tiene este niño/a historial de lo siguiente?

☐ Alergias

☐ Convulsiones

☐ Otro: _____

☐ Asma

☐ Eczema - Dermatitis Atópica

☐ Otro: _____

☐ ADD/ADHD

☐ Infecciones de Oído Recurrentes

☐ Otro: _____

 Liste todas las reacciones a medicamentos, alimentos y otros agentes. ☐ N/A

Alergia	Reacción	Efecto Secundario

 ¿Este niño/a toma algún medicamento regularmente? ☐ Sí ☐ No

Medicamento	Dosis/Frecuencia	Razón

Inmunizaciones:

¿Están las inmunizaciones al día? ☐ Sí ☐ No, especifique: _____

Por favor, facilite una copia del registro.

Desarrollo

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño/a?

Si está en edad escolar: Grado _____ Escuela _____

Historial Social

Por favor, liste todas las personas que viven con el niño/a.

Nombre	Edad	Relación con el niño/a
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene mascotas en la casa? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántos? _____ ¿Qué tipo de mascota (s)? _____

¿Hay alguien que fume en casa? _____

¿Sólo fuma afuera? _____

Historial Familiar

¿Algún miembro de la familia del niño/a (padre, hermano) tiene alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| ☐ Alergias _____ | ☐ Muerte antes de los 21 años; Edad _____ Causa _____ |
| ☐ Asma | ☐ Eczema – Dermatitis Atópica |
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Convulsiones |
| ☐ Defectos de Nacimiento | ☐ Otro (especifique) _____ |
| ☐ Retraso Mental | |

¿Qué preocupaciones le gustaría consultar con el médico hoy? _____

Certifico que la información indicada arriba es correcta a mi mejor conocimiento. No responsabilizaré a mi médico o al personal de la clínica de los errores u omisiones que pueda haber cometido al completarla.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Nombre del Paciente o Guardián deletreado

Relación

HMC OFFICE USE ONLY

This section is to be filled out by HMC staff. IF, the above patient needed help filling this form out and the patient and/or legal representative is present.

Staff Name: _____

Date Completed: ____/____/____