



**Cuestionario de Historial Inicial para Pacientes Pediátricos**

Si ha completado este formulario previamente para este paciente, por favor háganoslo saber. Estamos tratando de evitar el exceso de papeleo para usted. Gracias.

Nombre del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____
Sexo M F
Formulario llenado por _____
Fecha completado _____

**Historial de Nacimiento**  No se historial de nacimiento

Peso al nacer \_\_\_\_\_  
 Nació el bebé a término completo? Si No  
 Si respondió no, a cuantas semanas nació? \_\_\_\_\_  
 Hubo algunas complicaciones natales o prenatales? Si No  
 Si respondió si, explique \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, la madre:  
 Usó tabaco? Si No      Bebió alcohol? Si No  
 Usó drogas o medicamentos? Si No

Fue nacimiento: Vaginal o Cesárea, Si cesárea, porque? \_\_\_\_\_

Fue requerida estancia en UCIN? Si No  
 Si respondió si, explique \_\_\_\_\_

Se fue el bebé a casa junto con la madre del hospital? \_\_\_\_\_

Si No      Si su respuesta es No por favor explique: \_\_\_\_\_

**General NS= no se**

Considera usted que su niño/a se encuentra en buena salud ?	Si	No	NS	
Tiene su niño/a alguna enfermedad seria o condición médica?	Si	No	NS	
Ha tenido su niño/a alguna cirugía?	Si	No	NS	
Ha estado hospitalizado alguna vez su niño/a?	Si	No	NS	
Es su niño/a alérgico a alguna medicina o drogas?	Si	No	NS	
Siente usted que su familia tiene suficiente para comer?	Si	No	NS	

**Historia Pasada NS= no se**

Anemia o problemas de sangrado?	Si	No	NS	Problemas auditivos	Si	No	NS
Asma o respiración sibilante?	Si	No	NS	Problema de corazón o soplo del corazón	Si	No	NS
Ansiedad, depresión o problemas de humor?	Si	No	NS	Presión Arterial Alta	Si	No	NS
TDAH/TDA      ADD/ADHD	Si	No	NS	Enfermedad del Riñon	Si	No	NS
Orinarse en la cama (después de la edad de 5 años)	Si	No	NS	Trastorno Genético o Metabólico	Si	No	NS
Bronquitis, bronquiolitis o neumonía	Si	No	NS	Alergias Nasales	Si	No	NS
Cancer	Si	No	NS	Obesidad	Si	No	NS
Caries dental	Si	No	NS	Embarazo (niñas)	Si	No	NS
Concusiones	Si	No	NS	Problemas con su periodo (niñas)	Si	No	NS
Estreñimiento requiriendo visitas al doctor	Si	No	NS	Convulsiones u otros problemas neurológicos	Si	No	NS
Retraso en el desarrollo	Si	No	NS	Lesiones graves o fracturas	Si	No	NS
Diabetes	Si	No	NS	Infecciones de transmisión sexual	Si	No	NS
Historia de violencia familiar, abuso o negligencia	Si	No	NS	Problemas de la piel (acné, eczema)	Si	No	NS
(Foster care) Cuidado de crianza	Si	No	NS	Ronquidos	Si	No	NS
Dolor abdominal frecuente	Si	No	NS	Tiroides u otros problemas endocrinos	Si	No	NS
Infección frecuentes de oídos	Si	No	NS	Infecciones recurrentes del tracto urinario	Si	No	NS
Dolor de cabeza frecuentes	Si	No	NS				
Ha tenido su primer periodo (niñas)	Si	No	NS				

Cualquier otro problema importante: \_\_\_\_\_

Si respondió "Si" explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombres de los niños (Sólo una forma por hermanos)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formulario completado por \_\_\_\_\_

Fecha completado:     /     /

Esta historia familiar aplica a todos los hermanos del paciente (esto no aplica a hermanastros o hermanos adoptivos)

### Hogar

Por favor liste todos los que viven en el hogar de este niño

Nombre	Relación al Niño/a	Fecha de Nacimiento

Si uno o ambos padres biológicos no están en la casa, con qué frecuencia ve el niño a el padre o madre que no está en el hogar?

\_\_\_\_\_

### Historia Familiar Biológica *NS= No se historia familiar*

Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente?

	Si	No	Quién?
Abuso de Alcohol			
Anemia			
Asma			
Orinarse en la cama (después de los 10 años de edad)			
Trastorno de coagulación/sangrado arterial			
Cancer			
Pérdida de audición infantil			
Descomposición dental/ caries			
Discapacidad de desarrollo			
Diabetes			
Uso de drogas			
Epilepsia/convulsiones			
Enfermedad de Corazón/ Infarto (antes de la edad de 55 años)			
Presión arterial alta / hipertension			
Colesterol Alto			
Problemas inmunológicos VIH/SIDA			
Enfermedad renal (riñón)			
Enfermedad hepática (higado)			
Enfermedad Mental/Depresión			
Alergias nasales			
Obesidad			
Uso de Tabaco			
Tuberculosis			