

Nombre del paciente:
 Fecha de nacimiento:
 Fecha:



Alergias: (incluya medicamento, reacción y edad en que se manifestó por primera vez):

Problemas actuales:

Historia:

Antecedentes del nacimiento:

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Circunferencia de la cabeza: _____

Peso al salir de alta: _____ Edad gestacional al nacer (semanas): _____ Método de parto: Vaginal Cesárea

En caso de cesárea, indique el motivo

APGAR minuto 1: _____ APGAR minuto 5: _____ APGAR minuto 10: _____

Alimentación del bebé: Leche materna Biberón Ambos Nombre de la fórmula infantil: _____

Prueba auditiva del recién nacido: Pasó Falló Otros comentarios: _____

Historia médica: (Marque la casilla correspondiente y escriba los comentarios en los márgenes)

ADD/ADHD	Sí	No	Rinitis alérgica	Sí	No
Anemia	Sí	No	Asma	Sí	No
Cardiopatía congénita	Sí	No	Estreñimiento	Sí	No
Retraso del desarrollo	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Eccema	Sí	No	Alergias a alimentos	Sí	No
Reflujo gastroesofágico	Sí	No	Enfermedad mental	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No	Prematuridad	Sí	No
Otitis recurrente (infecciones del oído)	Sí	No	Faringitis estreptocócica recurrente	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Abuso de sustancias	Sí	No
Infecciones urinarias	Sí	No	Problemas de visión	Sí	No
Reflujo vesicoureteral	Sí	No	Sibilancias	Sí	No

Otros antecedentes médicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: (Marque la casilla apropiada)

	Fecha		Cirujano
	Sí	No	
Adenoidectomía (extirpación de las adenoides)			
Apendicectomía (extirpación del apéndice)			
Tubos en los oídos			
Funduplicación			
Colocación de tubo de gastrostomía			
Cirugía cardíaca			
Reparación de hernia			
Cirugía ortopédica			
Amigdalectomía			
Cirugía urológica			
Derivación ventriculoperitoneal			

Otros antecedentes quirúrgicos: _____

Nombre del paciente:
 Fecha de nacimiento
 Fecha:



Antecedentes familiares: (Marque todas las casillas que correspondan)

Relación con el NIÑO	Nombre	V:Vivo	D: Difunto	ADD/ADHD	Alergias	Anemia	Asma	Cáncer	Diabetes	Enfermedad ocular	Problemas gastrointestinales	Cardiopatía	Colesterol alto	Hipertensión	Insuficiencia renal	Enfermedad mental	Migrañas	Convulsiones	Abuso de sustancias	Afección tiroidea	Otro
Madre Biológica		V	D																		
Padre Biológico		V	D																		
Hermanos	Hermana	V	D																		
	Hermano	V	D																		
	Hermana	V	D																		
	Hermano	V	D																		
	Hermana	V	D																		
	Hermano	V	D																		
Tías/tíos	Tía mat*	V	D																		
	Tío mat*	V	D																		
	Tía pat*	V	D																		
	Tío pat*	V	D																		
Abuelos	Abuela mat*	V	D																		
	Abuelo mat*	V	D																		
	Abuela pat*	V	D																		
	Abuelo pat*	V	D																		

Comentarios (incluya otros problemas médicos familiares) _____

*Mat = materno, parientes de parte de la madre *Pat = paterno, parientes de parte del padre

Abajo se pueden agregar otros antecedentes familiares, incluidos hermanos:

Relación con el NIÑO	Nombre	V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		
		V	D																		

Entorno del hogar:

Número de personas en el hogar: _____

Vive con los tutores principales: Sí No

Hogar de acogida: Sí No

Cuidadores principales (marque con un círculo): Padres Guardería infantil Parientes Otros: _____

Guardería infantil (horas/día): _____

Tiempo con parientes (horas/día): _____

Mascotas: Sí No

Estado del padre/madre: Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Otro: _____

Ocupación del Padre de familia #1: _____ Ocupación del Padre de familia #2: _____