

Texas Children's Hospital

HISTORIAL PEDIATRICO CUESTIONARIA CLINICO

Nombre y Apellido del Paciente:

Residencia o Direccion Postal:

EMBARAZO

- 1) Edad de la madre durante este embarazo _____
- 2) Numero total de embarazos _____
Es este el primero,Segundo,tercero,ect? _____
Numero de abortos _____ partos muertos _____ Hijos vivos _____
- 3) Conteste si o no:
Hemorragia _____ Medicamento para
vomitos _____
Vomitos _____ Medicamento para dormir
Hinchazon de Tobillos _____ Vitaminas _____
Toxinas _____ Tranquilizantes _____
Anemia _____ Antibioticos _____
Infeccion _____ Hierro _____
Otras enfermedades _____ Tratamiento con rayos-
x _____

_____ Radiografia dignostica _____
Otros medicamentos _____

PARTO

- 1) Fecha y hora del nacimiento

- 2) Peso y talla del bebe

- 3) Lugar de nacimiento: Hospital _____
Ciudad _____
Pais _____
- 4) Conteste si o no:
Parto premature _____ Infeccion _____
Parto retrasado _____ Salpullido _____
Nino normal _____ Hemorragia _____
Necesito Oxigeno _____ Chillidos agudos _____
Necesito resucitacion _____ Llanto normal _____
Convulsiones posnacimiento _____ Paralisis _____

- Inflamacion o Hinchazon _____ Ictericia _____
- 5) Conteste si o no:
 Parto cesareo _____ Parto inducido con drogas _____
 Parto normal(si o no,expliquese)

- 6) Que tipo de anestecia se uso

- 7) Se uso forcep (instrumento para frozae el parto)? _____
- 8) Cuanto tiempo duro el parto? _____

Historia Medica
 Pagina Dos

HISTORIA ALIMENTICIA

- 1) Pecho: Si _____ No _____ De _____ (edad) a _____ (edad).
 Motivo de suspenderse _____
 Formula: Si _____ No _____ De _____ (edad) a _____ (edad).
 Vitaminas: Si _____ No _____ De _____ (edad) a _____ (edad).
 Nombre de vitaminas _____
- 2) Comenzo a tomar alimentos solidos a la edad _____ Comentarios sobre reacciones al alimento, o alergias alimenticias

- 3) Tiene buen apetito el nino? _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- 1) A que edad hizo lo siguiente por primera vez?
- | | |
|--|------------------------------------|
| Levanto la cabeza _____ | Se vistio solo _____ |
| Sonrio _____ | Dejo de usar panales _____ |
| _____ | Camino en tircicleta _____ |
| Se sento solo _____ | _____ |
| _____ | Hablo (frases de 3 palabras) _____ |
| Gateo _____ | _____ |
| Se puso de pie agarrandose de algo _____ | Converso _____ |
| Camino solo(a) _____ | Aprendia a leer _____ |

Que resultados logra en sus estudios actulaes?

ANTECEDENTES familiares

- 1) Madre: Salud _____ Edad _____ Ocupacion _____

- Padre: Salud _____ Edad _____ Ocupacion _____

- Hermano: Salud _____ Edad _____
 Hermano: Salud _____ Edad _____
 Hermano: Salud _____ Edad _____

- Hermano: Salud _____ Edad _____
- 2) Vive el abuelo paterno? _____ Si, No la causa de fallecimiento

 Vive el abuelo materno? _____ Si, No la causa de fallecimiento

 Vive la abuela paterna? _____ Si, No la causa de fallecimiento

 Vive la abuela maternal? _____ Si, No la causa de fallecimiento

- 3) Tiene, o han tenido, familiares del paciente las siguientes enfermedades?
- | | |
|--|---|
| Alergia _____ | Cancer _____ |
| Anemia _____ | Enfermedades de la sangre _____ |
| Leucemia _____ | Mononucleosis infecciosa _____ |
| Epilepsia _____ | Enfermedad de corazon _____ |
| Ulceras _____ | Defectos congenitals _____ |
| Diabetes _____ | Enfermedad de los rinones _____ |
| Artritis _____ | Enfermedad del higado (hepatitis) _____ |
| Obesidad _____ | Enfermedad mental _____ |
| Bocio _____ | Fiebre reumatica _____ |
| El sindrome de Down (mongolismo) _____ | |
| Hipertension (presion alta) _____ | |
| Tuberculosis _____ | Dolor de cabeza migrana _____ |

Historia Medica
 Pagina Tres

ALERGIAS Y TOXICIDADES

- 1) Describase cualquier reaccion alergica sufrida por el paciente

- 2) Ha sido expuesto alguna vez a insecticidas, materials quimicos, cosmeticos , o venenos
 Cuando? _____ Cuales?

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES, OPERACIONES QUIRURGICAS, HERIDAS

Circuncision _____ Lugar _____ Edad _____
 Amigdalectomia _____ Lugar _____ Edad _____
 Adenoioectomia _____ Lugar _____ Edad _____
 Apendectomia _____ Lugar _____ Edad _____
 Fractura de hueso _____ Lugar _____ Edad _____
 Otras _____

ENFERMEDADES ANTERIORES

- 1) Indique la edad en que se enfermo, cuando possible:
- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| Saeampion(5 dias) _____ | Fiebre glandular _____ |
| Varicela _____ | Monocleosis infecciosa _____ |

Rubeola _____
Neumonía _____
Meningitis _____
Encefalitis _____
Pleurésia _____
Poliomielitis _____
Hepatitis _____
Ictericia _____
Lombrices _____
Urticaria _____

Verugas _____
Escarlatina _____
Tos ferina _____
Tuberculosis _____
Diarrea _____
Enfermedad renal _____
Bronquitis _____
Bronquiolitis _____
Asma _____
Lesiones asociadas con catarro

Pericarditis _____
Fiebre desconocida s _____
Influenza (gripe) _____

Ecema _____
Artritis _____
Anemia _____

- 2) Cuantos catarros o resfriados anuales tiene el paciente?

HISTORIA MEDICA DE LA MADRE

- 1) Fecha y lugar de nacimiento

- 2) Fuma ? _____ Toma alcohol? _____ Cualquier tipo de drogas? _____
- 3) Cuantos hermanos y hermanas ? _____ Indique la edad de muerte de cualquier hermano (a) fallecido

- 4) Ha tenido radiografía? _____ Cuantas veces ? _____ Fecha de la última radiografía _____ Causa de tomarse

- 5) Enfermedades: (indique la edad, cuando posible)
- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| Sarampión _____ | Varicela _____ |
| Rubeola _____ | Parotiditis (paperas) _____ |
| Roseola _____ | Neumonía _____ |

HISTORIA MEDICA

Página Cuatro

Meningitis _____
Encefalitis _____
Pleurésia _____
Poliomeielitis _____

Fiebre glandular _____
Mononucleosis Infecciosa _____
Verrugas _____
Lesiones asociadas con catarro

Hepatitis _____
Anemia _____
Lombrices _____
Urticaria _____
Eczema _____
Artritis _____
Cáncer _____

Herpes zoster _____
Fiebre escarlata _____
Escarlatina _____
Tuberculosis _____
Influenza intestinal _____
Enfermedad renal _____
Bronquitis _____

Ictericia _____
Tranfusion de sangre _____
Alergias _____

Fiebre desconosidas _____
Otras enfermedades _____
Operacion quirurgica _____

HISTORIA MEDICA DEL PADRE

1) Fech y lugar de nacimiento _____

2) Fuma ? _____ Toma alcohol? _____ Cualquier tipo de drogas? _____

3) Cuantos hermanos y hermanas ? _____ Indique la edad de muerte de cualquier hermano (a) fallecido _____

4) Ha tenido radiografia? _____ Cuantas veces ? _____ Fecha de la ultima radiografia _____ Causa de tomarse _____

5) Enfermedades: (indique la edad, cuando possible)

Sarampion _____

Varicela _____

Rubeola _____

Parotiditis (paperas) _____

Roseola _____

Neumonia _____

Meningitis _____

Fiebre glandular _____

Encefalitis _____

Mononucleosis _____

Infecciosa _____

Pleuresia _____

Verrugas _____

Poliomeielitis _____

Lesiones asociadas con cataro _____

Hepatitis _____

Herpes zoster _____

Anemia _____

Fiebre escarlata _____

Lombrices _____

Escarlatina _____

Urticaria _____

Tuberculosis _____

Eczema _____

Influenza intestinal _____

Artritis _____

Enfermedad renal _____

Caner _____

Bronquitis _____

Ictericia _____

Fiebre desconosidas _____

Tranfusion de sangre _____

Otras enfermedades _____

Alergias _____

Operacion quirurgica _____

(FIRMA)

(FECHA)