

HISTORIA DE SALUD DE SU HIJO

Estimados padres:

Llenando este cuestionario, se obtendra un mejor record de su nino/a y nos dara una historia permanente a la que podemos referir mas adelante. Conteste a todas las preguntas que pueda, pero no se preocupe de las que salte.

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

EMBARAZO, NACIMIENTO, Y RECIÉN NACIDO

1. ¿Tuvo alguna enfermedad la madre durante el embarazo? SÍ NO
 ¿Si esto fuera así, necesitó medicamento? SÍ NO
 ¿Nombre del medicamento: _____
2. ¿Que edad tenía la madre cuando nació el bebe? _____ años
3. ¿Cuántas veces ha estado embarazada la madre, incluyendo esta vez? _____
4. ¿La madre uso alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo? SÍ NO
5. ¿Nació el bebe demasiado tarde o demasiado temprano? _____ # de semanas SÍ NO
6. ¿Cuanto peso al nacer? _____ libras _____ onzas
7. ¿Tuvo el bebe algun problema al empezar a respirar? SÍ NO
8. ¿Tuvo el bebe algun problema mientras estuvo en el hospital? SÍ NO

HISTORIA MÉDICA

1. ¿Hay algún problema con el apetito de su hijo? SÍ NO
2. ¿Ha tenido algún problema con aumentar de peso? SÍ NO
3. ¿Ha tenido problemas comiendo? SÍ NO
4. ¿Ha tenido problemas con el estreñimiento? SÍ NO
5. ¿Ha tenido problemas con la piel? SÍ NO
6. ¿Ha tenido un chillido en el pecho, asma, o se le a dado un inhalador? SÍ NO
7. ¿Hay un pasado de problemas del corazón? SÍ NO
8. ¿Usted piensa que su hijo tiene alergias? SÍ NO
9. ¿Ha tenido su hijo/a muchos problemas con sus oídos? SÍ NO
10. ¿Oye bien? SÍ NO
11. ¿Tiene problemas orinando? SÍ NO
12. ¿Ha tenido alguna convulsión, perdida de conciencia, o ha sido golpeado y desmallado? SÍ NO
13. ¿Ha tenido problemas con sus ojos? SÍ NO
14. ¿Hay problemas con sus dientes? SÍ NO
15. ¿Hay algo mal en la manera como camina? SÍ NO
16. ¿Haga un círculo en la siguiente lista de lo que su hijo/a ha tenido:

Tos Ferina Varicela
Huesos quebrados: _____ Heridas graves

17. ¿Que medicina o receta esta tomando ahora su hijo/a? _____

18. ¿Ha tenido alguna reacción o alergia a una medicina o inyección? SÍ NO

19. ¿Hospitalizaciones? ¿Para que y cuando? _____

20. ¿Otras enfermedades o problemas crónicos? ¿Cuales? _____

21. ¿Ha tenido cirugías? ¿Cuales? _____
22. ¿Su hijo a visto a algún especialista? ¿Cuales? _____
23. ¿Están todas las vacunas de su hijo/a al día y en orden? (Si es un paciente nuevo porfavor de mostrar record)

HISTORIA DEL DESARROLLO

1. ¿A que edad se sento solo su hijo/a? _____
2. ¿A que edad camino sin ayuda? _____
3. ¿Pronuncio algunas palabras cuando tenia 18 meses? SÍ NO
4. ¿Si Ud. no supiera la edad de su hijo, cuantos anos le pondria a el/ella de acuerdo a su manera de actuar?

5. ¿Le esta yendo bien el la escuela? SÍ NO
6. ¿Se lleva bien con otros niños? SÍ NO
7. ¿Realmente disfruta de su hijo y le encuentra agradable? SÍ NO
8. Haga un círculo en cualquiera de los siguientes problemas que su hijo tiene.

Moja la cama	Problemas estomacales	Problemas con su habla
No va al baño por su cuenta	Pesadillas	Destructivo
Se moja durante el dia	Problemas respiratorios	Malo con los animales
Habitos nerviosos	Berrinches	Problemas en la escuela

HISTORIA DE LA FAMILIA

1. Anote el primer nombre, edad, estado general de salud y años de educación de los padres.

Madre _____
Padre _____

2. Actualmente los padres están: CASADOS DIVORCIADOS NUNCA SE CASARON OTRO

3. Anote la edad, sexo y estado general de salud de los hermanos/as de su hijo: _____

4. Por favor liste todas las personas que viven en la casa con el bebe (si es diferente a lo ya mencionado):

5. ¿Se ha muerto alguno de sus hijos? SÍ NO
6. ¿Alguien en la familia fuma dentro o fuera de la casa? SÍ NO
7. ¿Hay algún problema o situación de abuso en la casa o familia? SÍ NO

8. Haga un círculo el cualquiera de las siguientes enfermedades que los parientes naturales han tenido: la madre del niño (M), padre (P), hermanos (HO), hermanas (HA), abuelos (AM/AP), tíos (TO), tía (TA), o primos (P):

Retrasado Mental _____	Enfermedad Mental _____	Perlesía Cerebral _____
Defectos del Nacimiento _____	Convulsiones _____	Ulceras _____
Diabetes _____	Sordera _____	Infecciones del conducto urinario _____
Muerte prematura _____	Enfermedades hereditarias _____	Presión alta _____
Problemas del corazón en la infancia _____	Alergias, Asma _____	Colesterol alto _____

9. ¿Que doctores han visto a su hijo en el pasado? _____