

Cuestionario de historia inicial			Nombre: Apellido	
FORMULARIO COMPLETADO POR _____	FECHA COMPLETADA _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	AÑOS _____	SEXO M F

Casa

Por favor liste a todos los que viven en el hogar del niño.

Nombre	Relacion hacía el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud	Ocupación

¿Hay hermanos que no están en la lista? Si es así, enumere sus nombres, edades y lugar donde viven. _____

Si la madre y el padre no viven juntos o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño? _____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia ve que los padres / padres no están en el hogar? _____

¿Qué idiomas se hablan en el hogar?
 Inglés Spanish Otro _____

Historia de nacimiento

- ¿La madre tuvo alguna enfermedad o problema con el embarazo? Sí No Explique _____
- Durante el embarazo ¿usó la madre medicamentos, drogas, fumo cigarillos o bebidas alcohólicas? Sí No Explique _____
- Fue el parto ¿Vaginal? Cesárea?
- Fue el bebe ¿Término? ¿Temprano? ¿Edad gestacional? _____ semanas
- ¿Cuál fue el peso al nacer del bebé? _____ lbs _____ oz.
- ¿Su bebé tuvo algún problema justo después del nacimiento? Sí No Explique _____
- ¿Cuál fue la alimentación inicial? Pecho Fórmula
- ¿Su bebé pasó el examen de la audición? Sí No
- ¿Su bebé recibió la vacuna contra la Hepatitis B? Sí No
- ¿Tu bebé se fue a casa con la madre del hospital? Sí No Explique _____

General

- ¿Considera que su hijo tiene buena salud? Sí No Explique _____
 - ¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o condición médica? Sí No Explique _____
 - ¿Su hijo ha tenido lesiones o accidentes graves? Sí No Explique _____
 - ¿Le han operado a su hijo? Sí No Explique _____
 - ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? Sí No Explique _____
 - ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o droga? Sí No Explique _____
 - ¿Las vacunas de su hijo están actualizadas? Sí No No lo sé
- Haga una lista de todos los medicamentos actuales de su hijo:
- | | | |
|--------------|-------------|------------------|
| Nombre _____ | Dosis _____ | Frecuencia _____ |
| Nombre _____ | Dosis _____ | Frecuencia _____ |
| Nombre _____ | Dosis _____ | Frecuencia _____ |

Desarrollo

- ¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? Sí No Explique _____
- ¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo? Sí No Explique _____
- Si su hijo está en la escuela: Bajo Promedio Alto
- ¿Qué calificaciones obtiene su hijo? Sí No Explique _____
- ¿Su hijo tiene problemas de comportamiento en la escuela? Sí No Explique _____
- ¿Falló o repitió un grado en la escuela? Sí No Explique _____
- ¿Está él / ella en clases especiales o de recursos? Sí No Explique _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Historial pasado del paciente

Tiene su hijo, o ha tenido alguna vez:

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	When _____
Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problemas con los oídos o la audición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Problemas con los ojos o la visión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Cualquier problema cardíaco o soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Anemia, problema de sangrado o transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Infección de vejiga o riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Mojar la cama (después de los 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
(Para niñas) ¿Ha comenzado sus períodos menstruales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
(Para niñas) ¿Hay problemas con sus períodos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Cualquier problema de piel crónica o recurrente (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Esguinces o fracturas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Convulsiones u otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Conmoción cerebral o trauma en la cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Tiroides u otro problema endocrino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Obesidad o trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____
Cualquier otro problema significativo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Explique _____

Historia familiar

¿Algún miembro de la familia tuvo lo siguiente?

Sordera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
La muerte súbita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad cardíaca (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Presión arterial alta (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Anemia / trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Diabetes (antes de los 50 años)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____
Problemas inmunológicos, HIV o SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quien _____	Comentarios _____

Historia familiar adicional _____
