DAVENPORT PEDIATRÍA

FORMULARIO DE HISTORIAL PEDIÁTRICO INICIAL

Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento (Mes, fecha, año)
			/ /

Madre / Guardián	**¿Cuántos hermanos / hermanas?**
Padre / Tutor	**¿Con quién vive el paciente?**
Médico de Atención Primaria / Pediatra	**Otros médicos involucrados con el cuidado del paciente?**

A. HISTORIA DE NACIMIENTO

Lugar de nacimiento: _____ Peso al nacer: _____ Nacimiento longitud: _____

Era el embarazo normal? ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Era el término completo de bebé? ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Era el término completo de bebé? ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Era el término completo de bebé? ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

¿A qué edad hizo al niño:

Primer satélite ☐ Precoz ☐ Promedio ☐ Otros _____ Primer rastreada ☐ Precoz ☐ Medio ☐ Otra _____

Primer rodado ☐ Precoz ☐ Promedio ☐ Otros _____ Primera caminada ☐ Precoz ☐ Medio ☐ Otra _____

Habló primero ☐ precoz ☐ Promedio ☐ Otros _____ Inodoro entrenado ☐ Precoz ☐ Medio ☐ Otra _____

Historia de la escuela: Grado de la Escuela Actual: _____ Escuela Eombre: _____

Problemas en la Escuela: _____ Asiste a la Escuela Especial o Clases: _____

Problemas de Disciplina o Conducta: _____

Visto por un psicólogo, logopeda o maestros especiales: _____

C. HISTORIAL MÉDICO DEL PASADO

Problemas con: Dormir: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Orinarse en la Cama: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Peso/Altura: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Mordiendo las Uñas: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Pesadillas: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Dieta: Criado: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Embotellados alimentados: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Problemas de cólico: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Dietas especiales ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Enfermedades Contagiosas: (A qué edad) Varicela: _____ Escarlatina: _____ Cualquier Otro: _____

¿Fue su hijo alguna vez diagnosticado con alguno de los siguientes? (A qué edad)

Convulsiones: ☐ No ☐ Sí ☐ Edad _____ Asma: ☐ No ☐ Sí ☐ Edad _____

Bronquitis: ☐ No ☐ Sí ☐ Edad _____ Neumonía: ☐ No ☐ Sí ☐ Edad _____

Infecciones del Oído: ☐ No ☐ Sí ☐ Edad _____ Cualquier Otro: _____

Por favor explique cualquier respuesta SÍ descripción detallada en el cuadro correspondiente.

¿Tiene el paciente alguna vez tuvo alguna cirugía o estado hospitalizado?	☐ **No** ☐ **Sí**	**Cirugías / graves lesiones (Dónde, por qué)**	**Fechas**	**Hospitalizaciones aparte de la cirugía (Donde, por qué)**	**Fechas**
¿El paciente ha tenido problemas con la anestesia?					
¿Es el paciente tomando actualmente medicamentos ni drogas (incluyendo sin receta, receta, píldoras anticonceptivas)?	☐ **No** ☐ **Sí**	**Medicación**	**Dosificación**	**Medicación**	**Dosificación**
¿El paciente tiene alguna alergia (incluyendo ambiental, medicamentos, alimentos y su reacción a la transfusión de sangre previa).	☐ **No** ☐ **Sí**				

Historia familiar: Por favor, indique si los padres, hermanos, o hermanas han tenido alguna de las siguientes condiciones:

Condición	Relación con el paciente	Condición	Relación con el paciente
Cáncer ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____		Riñón problemas ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____	
Diabetes ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____		Alergias ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____	
Cardiopatía ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____		TB ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____	
Convulsiones ☐ No ☐ Si ☐ Otra _____		Otra _____	

INFORMACIÓN GENERAL: Ha tenido su hijo algún problema inusual con el siguiente?

Cabeza: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Estómago: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Oídos/Nariz/Garganta: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Vejiga: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Pecho/Corazón/Pulmones: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Piel: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

Huesos/Músculos/Articulaciones: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____ Sangre: ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

D. VACUNAS: Trajiste un registro de las vacunas de su hijo? ☐ No ☐ Sí ☐ Otros _____

E. Algún comentario especial sobre su hijo? _____

_____ _____ _____

Persona llenando Esta Forma/Relación del Paciente **Revisado Por Proveedor** **Fecha**