



HISTORIAL PEDIATRICO INICIAL

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

A. HISTORIAL DEL NACIMIENTO

1. ¿Lugar de Nacimiento? _____
2. ¿Embarazo normal? _____
3. ¿Parto normal? _____
4. ¿Bebé nacido a término completo? _____
5. Peso: _____ Largo: _____
6. Problemas de lactancia u otros? _____

B. CRECIMIENTO Y DESAROLLO

1. Edad cuando por vez primera:
 - Se sentó _____ Gateó _____
 - Se volteó _____ Caminó _____
 - Habló _____ Fue al baño _____
2. Historial Escolar:
 - Grado actual: _____ Guarderia _____
 - Promedio escolar: _____
 - Nombre de la Escuela: _____
 - Problemas Escolares: _____
 - ¿Asiste a escuela o clases especiales? _____
 - _____
 - ¿Problemas disciplinarios o de conducta? _____
 - _____
 - ¿Ha sido evaluado por un Sicólogo, Terapeuta? del Habla o Maestros de Ed. Especial? _____

C. HISTORIAL MEDICO

1. ¿Problemas de:
 - sueno? _____ orinarse en la cama? _____
 - peso/estatura? _____ Comerse las unas? _____
 - pesadillas? _____
2. Dieta:
 - ¿Lactania o Botella? _____
 - ¿Problemas de cólicos? _____
 - ¿Dietas especiales? _____
3. Enfermedades Contagiosas (¿a que edad?)
 - Varicela _____
 - Fiebre Escarlatina _____
 - ¿Otras? _____
4. ¿Alguna vez diagnosticaron a su hijo(a) lo siguiente?
 - Convulsiones _____ Asma _____
 - Bronquitis _____ Pulmonía _____
 - Infecciones de los oídos _____
 - ¿Otras? _____
5. Medicamentos: ¿Actualmente toma su hijo(a) alguna medicina? _____

D. HOSPITALIZACIONES

(¿Cuándo, dónde, por qué?) _____

E. CIRUGIAS

(¿Cuándo, dónde, por qué?) _____

F. LESIONES SERIAS

(¿Cuándo, dónde?) _____

G. REACCIONES ALERGICAS

(Medicinas, Immunizaciones/Vacunas, Asma, Eczema, Urticaria, etc.) _____

H. HISTORIAL FAMILIAR

1. Padre: Vive _____ Edad _____ Salud _____
2. Madre: Vive _____ Edad _____ Salud _____
3. Hermanos(as): _____ ¿Cuántos? _____
 ¿Edades? _____ ¿Estado de Salud? _____
4. Existe historial familiar de:
 - Diabetes _____ Alergias _____ Convulsiones _____
 - Condiciones cardíacas _____ TB _____ Cáncer _____
 - ¿Otras? _____

I. INFORMACION GENERAL

¿Ha tenido su hijo(a) problemas o situaciones inusuales con los siguientes?
 Cabeza _____
 Ojos _____
 Oídos/Narix/Garganta _____
 Pecho/Corazón/Pulmones _____
 Estómago _____
 Riñones _____
 Vejiga _____
 Huesos/Músculos/Coyuntras _____
 Piel _____
 Sangre _____

J. IMMUNIZACIONES / VACUNAS

¿Trajo el expediente de immunizaciones/vacunas de su hijo(a)?
 Sí _____ No _____

K. COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE SU HIJO(A)

