

CHILDREN'S OASIS PEDIATRICS

HISTORIAL MÉDICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenina Raza/etnia: _____

POR FAVOR, ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Nombre	Fecha de nacimiento	Ocupación	Educación
Padra			
Madre			

Ha habido algún cambio importante o situación estresante reciente en la vida del niño? ☐ Sí ☐ No

Si es "sí," explique _____

El niño va a: ☐ Guardería, Centro infantil ☐ Guardería en casa ☐ Familiar ☐ Niñera

HISTORIAL DE NACIMIENTO: PESO AL NACER _____ LONGITUD _____

Lugar: ☐ Chandler Regional ☐ Mercy Gilbert ☐ Banner Hospital ☐ Otro _____

Durante el embarazo, la madre acudió al médico con regularidad? ☐ Sí ☐ NO

Durante el embarazo, la madre hizo lo siguiente? (Si es "Sí," explique) Explicación

Tiene algún problema médico?	☐ Sí ☐ NO	_____
Fumas o bebes?	☐ Sí ☐ NO	_____
Toma algún medicamento?	☐ Sí ☐ NO	_____
Consume alcohol u otras drogas?	☐ Sí ☐ NO	_____
Problemas con el parto?	☐ Sí ☐ NO	_____

Cuánto tiempo permaneció el bebé en el hospital después del nacimiento? _____

El niño tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ NO Explicación: _____

El niño está tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ NO Explicación: _____

LA PARTE TRASERA DEBE HACERSE

HISTORIAL MÉDICO: El estado de salud general del niño es ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO?

El niño ha tenido alguna vez problemas con lo siguiente?

En caso afirmativo, explique.

Ojos/Visión

☐ SÍ ☐ NO

Digestión/Nutrición

☐ SÍ ☐ NO

Oídos/Audición

☐ SÍ ☐ NO

Orina/Riñones

☐ SÍ ☐ NO

Corazón

☐ SÍ ☐ NO

Pulmones

☐ SÍ ☐ NO

Piel

☐ SÍ ☐ NO

Articulaciones

☐ SÍ ☐ NO

Neurológico/Convulsiones

☐ SÍ ☐ NO

Dientes

☐ SÍ ☐ NO

Por favor, indique cualquier hospitalización, cirugía o enfermedad grave:

Edad/Fecha

Edad/Fecha

HISTORIA FAMILIAR:

Ha fallecido alguno de los hermanos o hermanas del niño? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indique el motivo.

Marque la casilla si alguno de los familiares consanguíneos del niño padeció alguna de las siguientes enfermedades:

	NO	Padre	Madre	Paterno Abuelo	Paterno Abuela	Materno Abuelo	Materno Abuela	Otro
Cardiopatía:								
Hipertensión:								
Nefropatía:								
Alergias:								
Asma:								
Diabetes:								
Depresión:								
Ansiedad:								
Cualquier diagnóstico emocional o conductual:								
Drepanocito:								
Convulsiones:								
Cáncer:								

INMUNIZACIONES

Actualizado ☐ SÍ ☐ NO