

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, etc.): _____

¿Están las vacunas del niño al día? sí no

HISTORIA DE NACIMIENTO (sólo necesita completar si el niño es menor de 5 años)

Hospital donde nació el niño: _____

Peso de nacimiento: _____ Peso al alta: _____ vaginal cesárea

Edad gestacional (semanas de edad al nacer): _____ Razón por cesárea (si procede): _____

¿Vacuna contra Hepatitis B? sí no ¿Pasó prueba de audición? sí no

Salud de madre durante el embarazo: _____

Complicaciones con el bebé: _____

¿Unidad de cuidado intensivo neonatal? sí no _____

HISTORIA MEDICA PASADA

Hospitalizaciones: _____

Cirugías: _____

ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	Cancer (enumerar el tipo)	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	Infecciones de oído frec.	<input type="checkbox"/>	Enf. de célula falciforme	<input type="checkbox"/>
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/>	Defecto del corazón	<input type="checkbox"/>	Inf. del tracto urinario	<input type="checkbox"/>

Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIA FAMILIAR (nota F - padre, M - madre, S - hermano, GF - abuelo, GM - abuela)

ADHD/ADD _____	Depresión _____	Migrañas _____
Alergias _____	Diabetes _____	Convulsiones _____
Anemia _____ (no de hierro)	Ataque al corazón _____ (edad de incidencia)	Enf. de célula falciforme _____
Asma _____	Alta presión sanguínea _____	Rasgo de células falc. _____
Autismo _____	Colesterol alto _____	Embolia cerebral _____ (edad de incidencia)
Trastorno hemorrágico _____	Enfermedad renal _____	Muerte cardíaca repentina _____ (edad de incidencia)
Cáncer (enumerar el tipo) _____	Enfermedad mental _____	Enfermedad tiroidea _____
Otro: _____		

HISTORIA SOCIAL

Miembros del hogar: _____

¿Quién es el cuidador principal o tiene la custodia del niño?: _____

Custodia: Asiste escuela/preescolar

Asiste la guardería

Se queda en casa

Mascotas Sí No

Fumador Sí No
(incluso fuera de casa)

Comentarios: _____

¿COMO SE ENTERO DE COBB PEDIATRIC ASSOCIATES?

De un amigo (boca a boca) <input type="checkbox"/>	Google <input type="checkbox"/>
Compañía de seguros <input type="checkbox"/>	Otro doctor (OB/GYN) <input type="checkbox"/>
Facebook <input type="checkbox"/>	Otro _____