

APA Formulario de Historia Médica del Paciente

Fecha	Nombre del Niño	Apodo	Fecha de Nacimiento	M	F
Medico/Oficina Anteriores		El Pedido le Transferencia de los Expendientes Terminó? S N		Fecha del ultimo examen fisico?	

Nombre de la Madre	Ocupación	Edad	Nombre del Padre	Ocupación	Edad
--------------------	-----------	------	------------------	-----------	------

Historia del Nacimiento

Peso al nacer _____ Embarazo # _____ Edad de la Mamá _____ El bebe nacio a tiempo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____ ¿Si es temprano, gestación de cuántas semanas? _____ ¿Le madre tuvo enfermedad o problemas con embarazo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____ Durante embarazo, la madre: Fumo <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tomo Alcohol <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Utilize las drogas o medicamentos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qué _____ Cuando _____	<input type="checkbox"/> Parto normal? <input type="checkbox"/> Cesarea? ¿Si es cesarea, por qué? _____ ¿Su bebé tuvo problemas después de nacimiento? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____ Era la alimentación inicial <input type="checkbox"/> Leche materna? <input type="checkbox"/> Fórmula? ¿El bebé fue a casa con la madre del hospital? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
---	---

Última Historia

Tiene su niño o ha tenido:

Varicela	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Infecciones frecuentes del oído o dolor de garganta	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Problemas con los oídos o la audiciencia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Problemas con los ojos, la visión, o los dientes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Asma, tos recurrente, bronquitis, o pulmonía	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Cualquier problema del corazón o soplos de corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Problema de la anemia o de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Infección de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Incontinencia noctura (después de 5 años)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Cualquier problema de piel recurrente crónico (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Las convulsiones o el otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Ediciones de salud mental (ADHD, ansiedad, depresión)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
La tiroides u otro problema endocrino	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
Uso del alcohol o de las drogas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____

Otras cuestiones de salud médica o mental/problemas _____

¿Su niño ve a especialistas? ¿Si es así, quién? ¿Por qué razón o diagnostico? _____

General

¿Usted considera que su niño tiene Buena salud?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
¿Su niño tiene enfermedades serias o dolencias crónicas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
¿Su niño ha tenido lesiones o accidentes serios?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
¿Su niño ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
¿Han hospitalizado a su niño?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____
¿Es su niño alergico a medicinas o a drogas, o reaccionado a las vacunas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Explique _____

Información del Hogar

Por favor liste todos los que viven en el Hogar del Niño

Nombre	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento

Cuidado de niños: _____

Fumadores en el hogar?: S N Animales domésticos en el hogar?: S N

¿No hay hermanos en la lista? Si es así, por favor escriba sus nombres y edades, y en el que viven. _____

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

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

Antecedentes Familiares (Padres, Hermanos, Abuelos, Tías & Tíos)

Tiene algún familiar lo siguiente:

Abuso de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Alergias	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Riesgo de la anestesia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Artritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genético	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genitourinario	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Lípidos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diagnóstico Neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Oftalmología	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Respiratorio	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Piel	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Trazo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Tiroides	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Negativo Historia Familiar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Historia Familiar Otros detalles / comentarios		_____	_____

Notas (Otras cuestiones médicas / social / conductual)

Revisión Inicial (iniciales / fecha):