

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 # _____ Parto normal? Cesarea?

Edad de la Mamá _____ ¿Si es cesarea, por qué? _____

El bebe nacio a tiempo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____ ¿Su bebé tuvo problemas después de nacimiento? S N

¿Si es temprano, gestación de cuántas semanas? _____ Explique _____

¿Le madre tuvo enfermedad o problemas con embarazo? S N

Explique _____

Durante embarazo, la madre: Era la alimentación inicial Leche materna? Fórmula?

Fumo S N Tomo Alcohol S N ¿El bebé fue a casa con la madre del hospital? S N

Utilize las drogas o medicamentos S N Explique _____

Qué _____ Cuando _____

Última Historia

Tiene su niño o ha tenido:

Varicela S N Explique _____

Infecciones frecuentes del oído o dolor de garganta S N Explique _____

Problemas con los oídos o la audiciencia S N Explique _____

Alergias nasales S N Explique _____

Problemas con los ojos, la visión, o los dientes S N Explique _____

Asma, tos recurrente, bronquitis, o pulmonía S N Explique _____

Cualquier problema del corazón o soplos de corazón S N Explique _____

Problema de la anemia o de la sangre S N Explique _____

Transfusión de sangre S N Explique _____

Dolor abdominal frecuente S N Explique _____

Estreñimiento que requiere visitas al doctor S N Explique _____

Infección de la vejiga o del riñón S N Explique _____

Incontinencia noctura (después de 5 años) S N Explique _____

Cualquier problema de piel recurrente crónico (acné, eczema, etc.) S N Explique _____

Dolores de cabeza frecuentes S N Explique _____

Las convulsiones o el otro problema neurológico S N Explique _____

Ediciones de salud mental (ADHD, ansiedad, depresión) S N Explique _____

Diabetes S N Explique _____

La tiroides u otro problema endocrino S N Explique _____

Uso del alcohol o de las drogas S 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? S N Explique _____

¿Su niño tiene enfermedades serias o dolencias crónicas? S N Explique _____

¿Su niño ha tenido lesiones o accidentes serios? S N Explique _____

¿Su niño ha tenido cirugía? S N Explique _____

¿Han hospitalizado a su niño? S N Explique _____

¿Es su niño alergico a medicinas o a drogas, o reaccionado a las vacunas? S 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 _____
Traza	<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):