

**Historial Medico****HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO (SI SE CONOCE):**

Tipo de entrega (marque una) Vaginal \_\_\_ Cesárea \_\_\_ ¿Nacimiento prematuro? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿A cuántas semanas nació el bebé? \_\_\_\_\_ Peso al nacer (libras) \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre alguna complicación durante el embarazo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿La madre tuvo alguna complicación durante o alrededor del parto?

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO PASADO DEL NIÑO:**

¿Tiene el niño algún historial médico significativo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Hospitalizaciones previas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

TDA/TDAH	Sí ___ No ___	Convulsión cerebral	Sí ___ No ___	Trastornos psiquiátricos	Sí ___ No ___
Alergias	Sí ___ No ___	Diabetes	Sí ___ No ___	Resfriados recurrentes	Sí ___ No ___
Anemia	Sí ___ No ___	Eczema/sarpullido	Sí ___ No ___	Infecciones sinusales	Sí ___ No ___
Asma	Sí ___ No ___	Fractura	Sí ___ No ___	Trastorno convulsivo	Sí ___ No ___
Trastornos de la sangre	Sí ___ No ___	Reflujo ácido	Sí ___ No ___	Trastorno de tiroides	Sí ___ No ___
Bronquiolitis	Sí ___ No ___	Dolor de cabeza	Sí ___ No ___	Infecciones de oído	Sí ___ No ___
Varicela	Sí ___ No ___	Migraña	Sí ___ No ___	Trauma	Sí ___ No ___
Enfermedad crónica	Sí ___ No ___	Neumonía	Sí ___ No ___	Retrasos en el desarrollo	Sí ___ No ___
Defecto cardíaco	Sí ___ No ___	Amigdalitis	Sí ___ No ___		

**HISTORIA QUIRÚRGICA DEL NIÑO:**

Apéndice eliminado Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Año? \_\_\_\_\_ Reparación de hernia Yes \_\_\_ No \_\_\_ ¿Año? \_\_\_\_\_

Amígdalas extirpadas Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Año? \_\_\_\_\_ Tubos para los oídos Yes \_\_\_ No \_\_\_ ¿Año? \_\_\_\_\_

Cirugías importantes Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO:**

Vivir con padres Sí \_\_\_ No \_\_\_ Consumo de tabaco Sí \_\_\_ No \_\_\_ Inscrito en la guardería Sí \_\_\_ No \_\_\_

Viviendo en casa de acogida Sí \_\_\_ No \_\_\_ Consumo de alcohol Sí \_\_\_ No \_\_\_ Exposición a cigarrillos o vapeo

Mascotas en el hogar Sí \_\_\_ No \_\_\_ Uso de drogas Sí \_\_\_ No \_\_\_ (en casa o en el coche) Sí \_\_\_ No \_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Asma Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Pérdida auditiva infantil Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Alcoholismo Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Discapacidad del desarrollo Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Defectos de nacimiento Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Hipertensión Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cáncer Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Nefropatía Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Diabetes Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Enfermedad de Crohn Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Uso de drogas Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Enfermedad mental Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Epilepsia Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Trastorno de tiroides Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Migraña Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Colesterol alto Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Obesidad Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Lupus sistémico Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Ataque Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Enfermedad gastrointestinal Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Tuberculosis Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Artritis reumatoide Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Cardiopatía Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_