

**HISTORIAL MEDICO PEDIATRICO**

Gracias por ayudarnos a conocer más a su hijo(a) al completar esta forma. Entendemos que algunas de las preguntas no son apropiadas o no le aplican a su hijo(a), estas las puede dejar en blanco.

**Información General**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico del hogar: \_\_\_\_\_ Número del trabajo (papá): \_\_\_\_\_ (mamá): \_\_\_\_\_

Número del celular (papá): \_\_\_\_\_ (mamá): \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Estado marital de los padres:  Casados  Separados  Divorciados  Soltero(a)  Viudo(a)

Nombre de los hermanos (as): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra o doctor de la familia: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones**

Describa el problema de su hijo(a): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue que usted se comenzó a preocupar por la situación del hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo/hija evaluado(a) por alguna de estas disciplinas o áreas en una clínica, escuela o doctor?  Si  No

	<b>Cuándo</b>	<b>Donde</b>	<b>Resultados</b>
Terapia Física	_____	_____	_____
Terapia Ocupacional	_____	_____	_____
Habla/Lenguaje	_____	_____	_____
Audición	_____	_____	_____
Visión	_____	_____	_____
Psicológica	_____	_____	_____
Genética	_____	_____	_____

¿Qué otros tratamientos o resultados le fueron dados? \_\_\_\_\_

¿Qué espera usted obtener de esta evaluación? \_\_\_\_\_

**Historia del desarrollo del niño/niña**

¿Es su hijo(a)  biológico  adoptado(a)  Custodio  Otro \_\_\_\_\_

¿Fue su embarazo/parto normal  Si  No Duración del embarazo \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna complicación?  Durante el embarazo  durante el parto  después del nacimiento  ninguno

¿Se alimentó su hijo(a) bien después de nacer?  Si  No Si contestó no, explique \_\_\_\_\_

¿A qué edad su niño/niña: Levantó la cabeza \_\_\_\_\_ Caminó por sí solo \_\_\_\_\_  
 Se rodó boca abajo/arriba \_\_\_\_\_ Comió solo(a) con cuchara \_\_\_\_\_  
 Se sentó solo(a) \_\_\_\_\_ Corrió \_\_\_\_\_  
 Gateó \_\_\_\_\_ Se vistió por si solo(a) \_\_\_\_\_  
 Se paró \_\_\_\_\_ ¿Qué mano usa mayormente?  Izquierda  Derecha

### Historia Escolar

¿A qué institución atiende su hijo(a)?  guardería  pre-kinder  elemental  escuela media  bachillerato  
 Grado/nivel \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha su hijo(a) repetido algún grado/nivel, cual? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha participado su hijo(a) en programas de educación excepcional? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el nombre de la profesora?: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha usted identificado algún problema en el aprendizaje de su hijo(a)?: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son las áreas académicas que le preocupan?: \_\_\_\_\_  
 ¿Estará su hijo(a) atendiendo a la guardería o kinder en los próximos días?: \_\_\_\_\_

### Historial del comportamiento/Motora/Social

Por favor marque si su hijo(a):

- |                                                           |                                                      |                                                              |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> evita hablar                     | <input type="checkbox"/> se aleja de los otros niños | <input type="checkbox"/> camina en la punta de los pies      | <input type="checkbox"/> es sensible a los sonidos                      |
| <input type="checkbox"/> es agresivo(a)                   | <input type="checkbox"/> no juega bien               | <input type="checkbox"/> se cae frecuentemente               | <input type="checkbox"/> no sigue comandos                              |
| <input type="checkbox"/> se frustra o se enoja fácilmente | <input type="checkbox"/> llora fácilmente            | <input type="checkbox"/> se golpea a si mismo constantemente |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> no le gusta ser tocado           | <input type="checkbox"/> es destructivo(a)           | <input type="checkbox"/> es hiperactivo                      | <input type="checkbox"/> no le gustan ciertas texturas de comida o ropa |
| <input type="checkbox"/> se distrae                       | <input type="checkbox"/> come poco                   | <input type="checkbox"/> parece torpe/<br>descoordinado(a)   | <input checked="" type="checkbox"/> tose o se ahoga con la comida       |
| <input type="checkbox"/> no mastica los alimentos         | <input type="checkbox"/> es distraído(a)             |                                                              |                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> escupe frecuentemente |                                                      |                                                              |                                                                         |

### Ambiente en el Hogar

¿Hay alguna preocupación familiar que nos pueda ayudar a entender mejor a su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Que tipo de actividades/juguetes le gustan a su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
 ¿Donde y con quién su hijo(a) permanece la mayoría del tiempo? \_\_\_\_\_  
 Liste las habilidades de su hijo(a): \_\_\_\_\_  
 Liste las debilidades de su hijo(a): \_\_\_\_\_

**Por favor complete la siguiente sección si su hijo(a) está expuesto(a) a más de un idioma:**

¿Qué idioma se habla en la casa primordialmente?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma hablan los padres entre si?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿En qué idioma le hablan los padres al niño(a)?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma prefiere su hijo(a) hablar?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### Habla y Audición

¿A qué edad su hijo(a) Comenzó a balbucear \_\_\_\_\_ Habla/lenguaje pareció parar/retroceder \_\_\_\_\_  
 Hizo gestos \_\_\_\_\_ Respondió al nombre \_\_\_\_\_  
 Habló en oraciones \_\_\_\_\_ Siguió comandos simples \_\_\_\_\_  
 Dijo la primera palabra \_\_\_\_\_ Usó 2-3 palabras juntas \_\_\_\_\_

¿Cómo comunica su hijo(a) sus necesidades?  moviendo los ojos  señalando  vocalizando  
 usando palabras  señales  oraciones  
 llorando  hablando  moviendo la cabeza

## Historial Médico

Por favor marque todas las que le apliquen a su hijo(a) y especifique a que edad:

<input type="checkbox"/> adenoidectomía <input type="checkbox"/> tonsilectomía <input type="checkbox"/> alergias <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> desorden de la sangre <input type="checkbox"/> convulsiones <input checked="" type="checkbox"/> problemas tragando/comiendo	Edad _____ <input type="checkbox"/> infecciones del oído <input type="checkbox"/> tubos en los oídos <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> encefalitis <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> problemas de audición <input type="checkbox"/> se babea	Edad _____ <input type="checkbox"/> ictericia <input type="checkbox"/> accidentes severos <input type="checkbox"/> problemas del corazón <input type="checkbox"/> problemas de los riñones <input type="checkbox"/> moja la cama <input checked="" type="checkbox"/> reflujo <input type="checkbox"/> CMV
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Tuberculosis (TBC):

¿Ha padecido de TBC?  No  Si\*  
 ¿Ha sido expuesto a TBC en el último año?  No  Si\*  
 ¿Tubo un resultado positivo a la prueba de TB en la piel en el último año?  No  Si\*  
 ¿Ha tenido fiebre en los últimos 3 días >101?  No  Si\*  
 ¿Ha tenido tos en las últimas 3 semanas?  No  Si\*  
 ¿Se despierta sudando en las noches?  No  Si\*

### Sarampión:

¿Ha padecido de sarampión?  No  Si  
 ¿Fue vacunado(a) contra el sarampión?  No  Si  
 ¿Ha estado expuesto(a) en las últimas dos semanas?  No  Si\*

### Varicela:

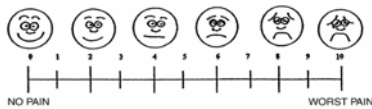
¿Ha padecido de varicela?  No  Si  
 ¿Ha recibido la vacuna de la varicela?  No  Si  
 ¿Ha estado expuesto(a) en las últimas dos semanas?  No  Si\*

**Viruela:** ¿Ha recibido la vacuna de la viruela en las últimas 4 semanas?  No  Si\*

¿Ha estado su hijo(a) hospitalizado(a)?  No  Si. Si contestó si, explique por que razón, cuándo y a qué edad \_\_\_\_\_

¿Padece su hijo(a) de algún dolor relacionado al problema corriente?  No  Si  
 ¿Cómo su hijo(a) demuestra los síntomas de dolor o de que no se siente bien? (se hala las orejas, por medio de expresiones faciales, gimiendo/llorando vigorosamente, escandaloso/inquieto, dobla/extiende los brazos/piernas, brusco/rígido, etc. \_\_\_\_\_)

Por favor indique, estimando de acuerdo a su habilidad, cuál es el nivel de dolor de su hijo(a) en la escala de 0 a 10:



¿Cuál es su meta en referencia al dolor usando la escala de 0 a 10?: \_\_\_\_\_

### Lista de Medicinas

(Por favor liste TODAS las medicinas que su hijo(a) está tomando corrientemente, incluyendo recetadas, no recetadas, vitaminas, etc.)

**Mi hijo(a) no está tomando ninguna medicina, incluyendo recetadas, no recetadas, etc.**

Nombre/Dosis	Frecuencia	Nombre/Dosis	Frecuencia

## Evaluación para pacientes con riesgo a caer

¿Su hijo(a) camina independientemente?  Si  No

Si no, marque si su hijo(a) usa alguno de los siguientes:

- Silla de ruedas  camina de la mano de otra persona  
 Bastón o caminador  camina aguantándose de los muebles / paredes.  
 no camina

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de balance?  Si  No

Si marcó si, por favor describa:

---

¿Son las caídas un problema para su hijo(a)?  Si  No

Si marcó si, ¿es éste un problema nuevo? Explique:

---

---

## Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos

**Nosotros le pudiéramos estar llamando para recordarle:**

- ❖ Citas, cancelaciones.
- ❖ Verificar su información personal.
- ❖ Para informarle si el equipo médico, previamente ordenado, ya está listo para ser recogido.

**Si usted no está disponible, le dejaremos un mensaje detallado en el siguiente número (por favor indique):**

- Trabajo– Número telefónico: \_\_\_\_\_
- Casa – Número telefónico: \_\_\_\_\_
- Otro - Número telefónico: \_\_\_\_\_
- Dirección de E-mail : \_\_\_\_\_

**NO - por favor no me deje ningún mensaje.**

**Gracias por completar esta forma! Esperamos hacer esta una experiencia positiva para usted y su hijo(a).**

Revised 1/07