

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

	Cuándo	Donde	Resultados
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 que 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/ 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? Ingles Español Otro: _____
 ¿Qué idioma hablan los padres entre si? Ingles Español Otro: _____
 ¿En qué idioma le hablan los padres al niño(a)? Ingles Español Otro: _____
 ¿Qué idioma prefiere su hijo(a) hablar? Ingles 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:

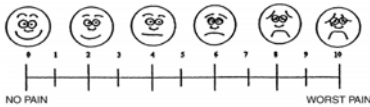
¿Ha padecido de varicela? No Si
 ¿Ha recibido la vacuna de la varicela? No Si
 ¿Ha estado expuesto(a) en las últimas dos semanas? No Si*

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