The CHILDREN'S HEALTH PLACE

4-10 años

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE NUEVO

Nombre del paciente:_____Apellido del paciente:_____

Fecha de nacimiento_____Edad_____Masculino/Feminino

HISTORIA SOCIAL

Nombre de madre:_____Nombre de padre:_____

Ocupación de madre:_____Ocupación de padre:_____

Es el niño/a suyo por ◯ Nacimiento ◯ Hijastro/a ◯ Foster ◯ Adopción ◯ Otro _____

Los padres del paciente están: ◯ Casados ◯ Separados ◯ Divorciados ◯ Otro

Quién vive en su hogar? ◯ Mamà ◯ Papá ◯ Padrastro/Madrastra ◯ Abuelos ◯ Hermanos #_____ ◯ Otro

Cuidado de niños: ◯ Quedarse en casa ◯ Parientes ◯ Niñera ◯ Guardería, Nombre de Guadería:_____

◯ Escuela Grados:_____

Nombre de Escuela_____

Algún miembro del hogar fuma, vapea o usa cigarillos electrónicos? Sí No

EMBARAZO/PERIODO NEONATA

En qué hospital nació su hijo/a?_____Ciudad, Estado:_____

Hora del nacimiento:_____AM/PM Peso al nacer:_____ Altura al nacer_____

Entrega de nacimiento (circule uno): Vagina O Cesárea Si es cesárea explique el motivo:_____

Tu hijo/a fue prematuro (<37 semanas)? No Sí, nació_____semanas . NICU stay? Sí No, Sí, Sí cuánto tiempo?_____

Otros problemas durante el periodo neonatal?_____

DESARROLLO Y NUTRICIÓN

Cuántas horas al día su hijo/a (fuera de la escuela):			
Ve la televisión		Juega videojuegos	
Hace ejercicio/juega afuera		Usa computadora o tableta	

Tu hijo/a tiene una hora regular de acostarse a dormir? Sí No

A que hora? _____

Tu hijo/a toma cafeína? Sí No

Si, Si aproximadamente cuanto por día?

_____

Su hij/a tiene problemas de alimentación o dietéticos? Sí No

Sí, expliqué por favor? _____

A su familia le gustaría recibir ayuda o recursos con respecto a:

Seguridad alimentaria | Vivienda | Transporte | Educación/escuela | Services de salud condoctual/salud mental para niños or padres/guardián

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Alguna vez su hijo/a ha sido tratado o diagnosticado: (explique)

- ○ Asma o enfermedad reactiva de vías respiratorias_____
- ○ Alergias estacionales o eccema_____
- ○ Alergia a alimentos_____
- ○ Infección de oído recurrente. Cuanto?_____
- ○ Neumonia_____
- ○ Infección del tracto urinario (UTI)_____
- ○ Síndrome genetico_____
- ○ Convulsiones_____
- ○ Anemia_____
- ○ Hueso roto_____
- ○ Retraso del desarrollo/discapacidad de aprendizaje_____
- ○ Salud mental/Preocupaciones de comportamiento_____
- ○ Pobre aumento de peso_____
- ○ Conmoción cerebral. Cuántas?_____Mas reciente?_____
- ○ Reflujo ácido_____
- ○ Constipación_____
- ○ Cáncer/trastornos de la sangre_____
- ○ Otra condiciones médicas cronicas_____

Cualquier cirugía o procedimientos medicos ?_____

MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos? (descripción de reacciones):_____

Medicamentos actuales y dosis:_____

Indique cualquier vitamina, suplementos or medicamento de venta libre:_____

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

(OdM/AdM=Abuelo/a de Madre | OdP/AdP=Abuelo/a de Padre)

Alguien en su familia tiene o tuvo las siguientes condiciones:

Condición	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos (Sí Abuelos, qual?)
Asma	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Anemia	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Desorden en la sangre	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Cáncer	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Caridopatia/infarto de miocárdio	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Colesterol alto	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Alta presión	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Derrame cerebral	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Diabetes	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Enfermedad de la tiroides	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Nefropatia	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Convulsiones	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Migrañas	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Depresión/ansiedad	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Alcoholismo	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
TDAH	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP
Reacción adversa a la anestesia	○	○	○	○ OdM AdM OdP AdP

Por favor explique todo lo positivo: _____

Otro, explique por favor:_____