

# Cuestionario de la Historia Medica

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## EL HOGAR

Favor de poner nombres de los que viven con su niño/a

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Problemas de salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay otros hermanos/as? Favor de poner sus nombres y edades. \_\_\_\_\_

¿Quien tiene la custodia del niño/a? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Estaba fuera de cuenta? \_\_\_\_\_

¿Si temprano, cuantas semanas estoban el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Fue el parto vaginal o cesárea? \_\_\_\_\_ ¿Dío el pecho o la botella? \_\_\_\_\_

¿Tuvo su bebé problemas despues del parto? \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas con el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días pasó su bebé en el hospital? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, tomó usted alcohol, fumó cigarillos, usó drogas o medicamento? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

## HISTORIA GENERAL

¿Piensa Ud que su niño/a esta saludable? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a un enfermedad serio? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño/a heridas serias? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño/a cirugías o operaciones? \_\_\_\_\_

¿Fue su niño/a un paciente en el hospital en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Es su niño/a alérgico/a o alguna medicina? \_\_\_\_\_

## DESAROLLO

¿Tiene ud. preguntas o preocupaciones del desarrollo físico, mental o emocional de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Tiene preguntas de su capacidad a prestar atención? \_\_\_\_\_

Si esta en la escuela

¿Como esta la conducta en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Necesitaba repetir una clase en escuela? \_\_\_\_\_

¿Como son las notas de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Es su niño/a en una clase especial? \_\_\_\_\_

## Historia De la familia:

Ha tenido un miembro de la familia:

<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Problemas para oír	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Problemas con la sangre
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Alergias , o fiebre del heno	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Problemas con el hidalgo Los rinones o la tiroides
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Asma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Diabetes
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epilepsia
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Enfermedades Cardiacas (Antes de edad de 50 anos)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Alcoholismo o Drugadiccion
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Presion alta	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Obesidad
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Anemia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Problema de aprendizaje Retraso del desarrollo Sistema inmune que este debil; por ejemplo, cancer, quimioterqpic o SIDA

## **Historia del niño/a:**

Ha tenido su niño/a :

- |                             |                             |  |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Infecciones del oído                   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Infecciones de la orina o los riñones                 |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problemas para oír o ver               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problemas con los períodos<br>(las reglas)            |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Alergias                               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problemas con la piel                                 |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Asma                                   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Dolor de cabeza                                       |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problema con el corazón, o un<br>soplo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Epilepsia   |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Anemia                                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problema con la sangre                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problemas con el hígado, los<br>nervios o la tiroides |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Transfusión de sangre                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Uso de alcohol o drogas                               |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Dolor del estómago                     | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Otro problema médico                                  |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Estreñimiento                          |                             |                             |   |