

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