

## Formulario de Historial Médico General: PEDIATRÍA Recién nacidos hasta los 17 años

Por favor, complete todas las secciones que sean apropiadas para la edad actual de su hijo/a

<b>Nombre:</b>		<b>Fecha:</b>	<b>Nº de GHC:</b>
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado/C.P.</b>
<b>Teléfono de la casa:</b> ( )	<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Asiste a la guardería:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>El niño/a vive con:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra / Familiar <input type="checkbox"/> Hermanos-edades:			
<b>Idioma de preferencia:</b>		<b>Necesidades y preferencias culturales:</b>	
<b>Madre:</b>	<b>Teléfono de la casa:</b>	<b>Trabajo:</b>	
<b>Padre:</b>	<b>Teléfono de la casa:</b>	<b>Trabajo:</b>	
<b>Contacto de emergencia 1:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Casa:( )</b>	<b>Trabajo:( )</b>
<b>Contacto de emergencia 2:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Casa:( )</b>	<b>Trabajo:( )</b>
<b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Americano Indio/Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático/del Pacífico Insular <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multiracial			
<b>Idioma de preferencia:</b>		<b>Necesidades y preferencias culturales:</b>	

<b>Alergias</b> (incluya la fecha de detección si la conoce):	<b>Preguntas/preocupaciones para tratar durante la cita de hoy:</b>
<b>Medicamentos</b> (incluya la dosis si la conoce):	
<b>Uso del Tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Nunca ¿Hay alguien en la casa que use tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Comentarios:</b> _____ <input type="checkbox"/> Paquetes de cigarrillos al día: _____ <b>Nº de años:</b> _____ <b>Fecha en que dejó de fumar</b> _____ <b>Otros tipos:</b> <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Rapé (Tabaco en polvo) <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar	
<b>Uso de alcohol por el niño:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Onzas a la semana:</b> _____ <b>Comentario:</b> _____	
<b>Uso de Drogas por el niño:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Nº de veces a la semana:</b> _____ <input type="checkbox"/> Uso intravenoso <b>Comentario:</b> _____	
<b>Niñas:</b> Edad cuando empezó a menstruar: _____ Fecha del último periodo: _____	
<b>Actividad Sexual del niño/a:</b> Activo/a sexualmente: <input type="checkbox"/> No en la actualidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Pareja:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <b>Método Anticonceptivo:</b> <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Pastilla <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Espermicida <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Esponja <input type="checkbox"/> Inserción <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Actividades de la Vida Diaria y Diversas:</b> Transfusión de sangre: ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Preocupación sobre el peso:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Preocupación sobre la cafeína:</b> ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Seguimiento de una dieta especial:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Exposición Ocupacional: ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Realiza cuidado de la espalda:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Riesgos de los pasatiempos: ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Ejercicio regular:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Preocupación sobre el sueño:</b> ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Uso del casco de la bicicleta:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Preocupación sobre el estrés:</b> ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Uso del cinturón de seguridad:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>Fechas de las Inmunizaciones (Vacunas):</b> <b>DPT/DtaP (Difteria, Tétanos y Pertusis / tos ferina):</b> _____ <b>Varicela (o fecha de la enfermedad):</b> _____ <b>Hib:</b> _____ <b>Inyección de refuerzo contra el Tétanos:</b> _____ <b>Polio:</b> _____ <b>Influenza (Gripe):</b> _____ <b>MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)</b> _____ <b>Neumovax (Vacuna Antineumocóccica):</b> _____ <b>Hepatitis B:</b> _____ <b>Hepatitis A:</b> _____ <b>Pprevnar (Vacuna antineumocóccica):</b> _____ <b>Otro:</b> _____	

Por favor, vea el dorso

