

HISTORIAL PEDIATRICO

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____ **Sexo: M F FECHA:** _____

Doctor de cabecera: _____

Historial Sobre Nacimiento:

Orden de parto? _____

Tuvo alguna complicacion con el embarazo o el parto? Si, si explique:

Medida _____ Peso _____ Tipo de parto: Vaginal _____ Cesaria _____ Pies primero _____

Problemas (Por favor circule): Icterisia _____ Problemas de Respiracion _____ Ronchas _____ Problemas para comer _____

Problemas de Desarrollo _____ Dio pecho? Si No Si, si cuanto tiempo? _____

Hospitalizaciones/Operaciones:

Hospital _____ Razon _____ Año _____

Medicamentos Y Dosis:

Allergias a un medicamento:

Estan las vacunas de su hijo/a actualizadas? Si o No

Tiene la cartilla de vacunas? Si o No

Historial Social y Ambiental:

Con quien vive su hijo/a? _____

Su hogar es libre de tabaco? _____ Tiene detector de insendios en su casa? _____

Usan los cinturones de seguridad en el carro? _____ Su hijo/a va a la escuela o guarderia? _____

Su hijo/a usa casco cuando anda en bicicleta? _____ Tiene pistolas en casa? _____

Historial Medico: (Por favor circule)

Asthma _____ Biruela _____ Problemas de Hgado/Icterisia _____ Fiebre Rhumatica _____
Anemia _____ Diarrea Cronica _____ Problemas de Ojos o Vision _____ Epilepsia _____
Diabetis _____ Problemas de Oido _____ Problemas de Riñon o Vejiga _____ Tuberculosis _____

Historial Familiar:

Marque los que apliquen	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Hermanos/as
Embolio					
Cancer					
Glaucoma					
Diabetis					
Epilepsia					
Presion Alta					
Problema de Sangrado					
Problemas del Corazon					
Problemas del rinon					
Problemas del tiroides					
Enfermedad Mental					
Enfermedad de Parkinsons					
Enfermedad de Alzheimers					