



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA INICIAL

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Inicial

Género:
 Masculino
 Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Años _____ Meses

Nombre del Padre/Madre: _____

Médico de atención primaria: _____

MOTIVO DE LA VISITA

- Chequeo rutinario
- Problema

Incluya una descripción breve: _____

¿Por cuánto tiempo ha sido un problema? _____

¿Que tan grave es este problema? Leve Moderado Grave Incapacitante

¿Que tan frecuente es el problema? Constante Diario Semanal Aleatorio

El problema se agrava por: _____

Se alivia con: _____

MEDICAMENTOS

Por favor, enumere los medicamentos que su hijo(a) está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre y los medicamentos con receta, vitaminas o herbales:

Medicamento Nombre y concentración	Dosis	Frecuencia	Enfermedad tratada

ALERGIAS Sí No

Alimento(s): _____ Reacción: _____

Alimento(s): _____ Reacción: _____

Alimento(s): _____ Reacción: _____

Medicamento(s): _____ Reacción: _____

Medicamento(s): _____ Reacción: _____

Otro: _____ Reacción: _____

Otro: _____ Reacción: _____



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA INICIAL

HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

Peso de nacimiento: _____ lb, _____ oz

Hospital de nacimiento: _____

Edad de la madre en el momento del parto: _____

N.º de embarazos: ____ N.º de hijos vivos: ____

¿La madre del niño tenía alguna enfermedad o problema durante el embarazo?

En caso afirmativo, explique: _____

No Sí

¿La madre del niño consumía cigarrillos, alcohol, drogas o algún medicamento (aparte de vitaminas y hierro) durante el embarazo?

No Sí

¿Hubo algún problema durante el trabajo de parto o el parto en sí?

No Sí

¿El bebé fue prematuro?

No Sí

Edad en la que el bebé fue dado de alta del hospital: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Edad en la que, por primera vez, su hijo(a):

_____ Se dio la vuelta

_____ Dijo sus primeras palabras

_____ e sentó solo

_____ Dijo oraciones de dos palabras

_____ Caminó solo

_____ Aprendió a usar el inodoro

Enfermedades graves, lesiones graves, hospitalizaciones y cirugías:

Año	Enfermedad/lesión/hospitalización/cirugía	Hospital, ciudad, estado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Médicos/proveedores de atención médica adicionales que cuidan de su hijo(a):

Nombre	Especialidad	Información de contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA INICIAL

PROBLEMAS MÉDICOS FAMILIARES

Identifique cualquier problema médico que los parientes de sangre hayan tenido:

Enfermedad	Sí No	Miembro(s) de la familia	Enfermedad	Sí No	Miembro(s) de la familia
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enfermedades familiares heredadas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Muertes infantiles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Retraso mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Anemia/enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades óseas/de las articulaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enfermedad/trastorno mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades musculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TDAH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los ojos o del oído	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Alergias, fiebre del heno, eczema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		VIH/sida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Paro cardíaco a los 50 años o menos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Fuma con regularidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Problemas estomacales, intestinales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

HISTORICAL SOCIAL

Raza: _____ Etnia: _____

Idioma que prefiere: _____ ¿Necesita un intérprete? No Sí

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Los padres están: Casados No casados Separados Divorciados Fallecidos

El niño enfermo vive con: Madre Padre Hermanos Otros (*indique a continuación*)

Otras personas en casa: _____



FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICA INICIAL

PROBLEMAS MÉDICOS PASADOS: ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez o tiene alguno de los siguientes problemas?

	No	Sí	Observaciones del médico		No	Sí	Observaciones del médico
INFECCIÓN				PIEL			
Sarampión (10 días), paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Moretones de sanación lenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéola (sarampión de 3 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sarpullido persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SISTEMA DIGESTIVO			
Tos sibilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dolor de estómago frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OJOS				Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos bizcos o mirada perdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Náuseas/vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas con la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lombrices/parásitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infección recurrente, conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sangre en las heces o heces negras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÍDOS				Dieta especial o restricción en la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infecciones del oído frecuentes, uso de tubo timpánico de drenaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SISTEMA GENITOURINARIO			
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ardor o dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tartamudeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BOCA				Problemas de incontinencia urinaria en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visitas al dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Infección de vejiga o riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de la última visita:				Flujo vaginal o del pene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Periodo menstrual (niñas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha de inicio:			
Dolor de garganta frecuente o infección de las amígdalas frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		GENERAL			
Ronquera persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia/enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado nasal frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Congestión/alergia nasal frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aumento/disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendencia a respirar por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sensibilidad poco habitual al frío o al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PULMONES				Ingestión de pintura, suciedad, vendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendencia a respirar con dificultad, historial de asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cansancio persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporadas frecuentes de tos, o tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rasguños, cortes o heridas que sanan muy lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía, bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fiebre recurrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORAZÓN				Ingestión de medicamentos por más de 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		En los últimos 6 meses, ¿su hijo(a):			
Ritmo cardíaco irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ha tenido pesadillas frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ha estado nervioso la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha recibido resultados anormales en sus pruebas de colesterol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ha estado triste constantemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SISTEMA NERVIOSO				Problemas con sus amigos en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episodios de mareo o desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro (<i>explique</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Dificultad para caminar, mantener el equilibrio o manipular objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Trastorno de déficit por atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO				_____			
Dolor/hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Esguinces/dislocaciones o huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Problemas de postura, escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			
Problemas de coordinación o fuerza muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____			