

HISTORIAL DE SALUD PEDRIATICO

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

CUAL ES EL PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD DE SU NIÑO?

TIENE SU NIÑO OTRO PROBLEMA DE SALUD?

ESTA SU NIÑO BAJO EL CUIDADO DE ALGUN DOCTOR O ENFERMERA AVANZADA? SI () NO ()
QUIEN? _____

ESTA SU NIÑO TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO ? SI () NO ()

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____

FAVOR DE MENCIONAR SI SU NIÑO ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO, PICADA DE INSECTO O COMIDA:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

HISTORIAL MEDICO

FAVOR DE MENCIONAR SI SU NIÑO A TENIDO ALGUN TIPO DE OPERACION (indique la fecha)

1. _____ 2. _____ 3. _____

FAVOR DE MARCAR CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE TENGA O HAYA TENIDO SU NIÑO :

- () Cancer () Problemas de la vista () Perdida de audición () Infección de orina () diabetes
() ADHD () Prblemas de los riñones () Fiebre reumatica () Convulsiones () Alergias () Asma As
() Soplo del corazón () Pulmonia

HISTORIAL FAMILIAR

VIVEN SUS PADRES? () SI () No SI NO, EXEXPLIQUE _____

FAVOR DE MARCAR SI LOS PADRES, ABUELOS, HERMANOS Y HERMANAS DEL NIÑO TIENEN O HAN TENIDO ALGUNAS DE EASTAS ENFERMEDADES:

- () cancer () fiebre del heno () hepatitis () presión alta () diabetes () embolia cerebral
() problemas del riñon () tuberculosis () sida () alcoholismo () abuso de drogas
() porblemas del corazón () depression () ataque del corazón (antes de los 50 años)
() colesterol alto () asma () convulsiones

****SI MARCO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ARRIBA MENCIONADA, FAVOR DE ESCRIBIR QUIEN Y LA RELACION QUE TIENE CON EL NIÑO:**

VACUNAS

HA TENIDO SU NIÑO UNA REACCION ALERGICA A ALGUNA VACUNA? SI NO

SI SU RESPUESTA FUE SI, EXPLIQUE _____

ESTA SU NIÑO AL DIA CON TODAS LAS VACUNAS? SI No **

** SI NO, QUE LE FALTA _____

HA TENIDO VARICELA SU NIÑO? SI No SI SU RESPUESTA FUE SI AÑO _____

ACTIVIDAD FISICA Y DIETA

SU NIÑO COME UNA VARIEDAD DE COMIDA ADECUADA ? SI No

SU NIÑO TOMA LA CANTIDAD DE LECHE/ CALCIO ADECUADA ? SI No

SU NIÑO TOMA SUPLEMENTOS DE VITAMINAS? SI No

SU CASA TIENE: AGUA DE POZO AGUA DE LA CIUDAD

EL HABITO DE COMIDA DE SU NIÑO ES : BUENO REGULAR BAJO

EL NIVEL DE ACTIVIDAD DE SU NIÑO ES : BIEN ACTIVO MODERADO NO ACTIVO

HISTORIAL DE VIDA SOCIAL

CON QUIEN VIVE EL NIÑO? PADRES MADRE SOLAMENTE PADRE SOLAMENTE OTRO _____

UTILIZA SU NIÑO UN CASCO PROTECTOR CUANDO CORRE BICICLETA O PATINES? SI NO

UTILIZA SU NIÑO EN EL CARRO: ASIENTO DE CARRO ASIENTO ELEVADO CINTURON DE CORRO

ALGUIEN FUMA EN SU HOGAR? SI NO

SU NIÑO HA ESTADO ALGUNA VEZ EXPUESTO A TUBERCULOSIS? SI No

TIENE SU NIÑO ALGUN RISGO DE ESTAR EXPUESTO AL PLOMO? SI No

HAY DETECTORES DE HUMO QUE FUNCIONEN EN SU HOGAR? SI No

TIENE USTED EL NUMERO DE TELEFONO DEL DEPARTAMENTO DE ENVENENAMIENTO EN UN LUGAR VISIBLE? SI No

HAY ARMAS DE FUEGO EN SU HOGAR? SI No