

**Tri-City Health Center
Pediatria inicial Salud Cuestionario de Historia**

Fecha de hoy: _____

Chart Number: _____

Nombre del paciente: _____

(For Office Use Only)

 Male Female

Apellido, Nombre de pila

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Si el padre no es el guardián, por favor nombrar el tutor a continuación:

Nombre del tutor: _____

Por favor, compruebe la relación con el paciente:

 Guardián

 Tía / tío

 Hermano / a

 Padres de Crianza

 Otros (especificar): _____

Complete esta sección si su hijo tiene menos de 3 años

 Entrega: Vagina C-Sección

Complicaciones (Por favor describa): _____

 ¿El bebé llega a tiempo? Sí No

Semanas de gestación _____ Peso al Nacer _____ Horas de Trabajo _____

Problemas neonatales _____ Ictericia _____ Cianosis _____

Apnea _____ Enfermedades Genéticas _____

Problemas durante el embarazo

___ La preeclampsia / toxema ___ Diabetes ___ Rubéola ___ Anemia

___ STD ___ Cirugía ___ Otro: _____

Hábitos durante el embarazo:
 de fumar alcohol drogas

Lugar de nacimiento: _____

Número de días en el hospital: _____

Alimentación Infantil:

Historia: ___ pecho ___ Botella (edad al destete) ___ meses

Corriente: ___ tiempos de mama por día ___ Botella tipo de leche o fórmula

Dieta para niños:

zumo de frutas ___ cereal ___ verduras ___ proteína ___ verduras amarillas ___

leche (tipo) ___ fast foods ___ vitamina / mineral suplemento ___

Desarrollo:

 ¿A qué edad lactante / niño hizo primero: sonrisa ___ jefe de elevación ___
 dese la vuelta ___ siéntese solo ___ crawl ___
 estar de pie ___ walk ___ decir palabras ___

PICA ¿Come su niño tierra, piedras, yeso, cenizas, hielo, etc.? No Sí

¿Ha estado alguna vez el estreñimiento es un problema? No Sí

La diarrea? No Sí

DENTAL Última visita dental:

Mes _____ Año _____ Nunca _____

WIC Referido No Sí Fecha: _____ Inscritos: No Sí Fecha: _____

VACUNAS / CUIDADO DE LA SALUD

¿De dónde hijo reciba las vacunas infantiles? _____

¿Es el registro de vacunas disponibles? No Sí

¿Cuándo recibió su hijo la atención de salud anterior? _____

HISTORIA MÉDICA

¿Tiene el niño tiene alguna cirugía? No Sí

¿Tiene el niño pasó la noche en un hospital? No Sí (describir): _____

CHICAS MÁS DE 10 AÑOS DE EDAD:

¿Ha tenido su primera menstruación? No Sí

REVISE DE LO SIGUIENTE QUE niño ha tenido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> más de 3 infecciones de oído por año | <input type="checkbox"/> rubéola (sarampión día 3) |
| <input type="checkbox"/> más de 6 resfriados o infecciones de la garganta por año | <input type="checkbox"/> sarampión (10 días) |
| <input type="checkbox"/> indigestiones / malos dolores de estómago | <input type="checkbox"/> paperas |
| <input type="checkbox"/> sangre en la orina / dolor | <input type="checkbox"/> varicela |
| <input type="checkbox"/> asma / dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> tos ferina |
| <input type="checkbox"/> problemas de audición / oído | <input type="checkbox"/> neumonía |
| <input type="checkbox"/> visión / problemas de los ojos | <input type="checkbox"/> anemia de células falciformes o rasgo |
| <input type="checkbox"/> problemas de los dientes | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> dolor de huesos / articulaciones inflamadas / cojera | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> huesos rotos / lesiones graves | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> eczema | <input type="checkbox"/> reacción alérgica a la medicina |
| <input type="checkbox"/> otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> reacción alérgica a la vacuna |

¿El niño ha tenido problemas en la escuela? No Sí (describir): _____

¿Es el niño en la educación especial? No Sí (describir): _____

¿El niño está tomando algún medicamento o drogas? No Sí (describir): _____

FAMILIA / HISTORIA SOCIAL:

Compruebe cualquiera de los siguientes que la familia ha tenido, y especificar el miembro de la familia (Ej: Niño de la madre, padre, hermano, hermana, abuelos)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> alergia o fiebre del heno _____ | <input type="checkbox"/> hipertensión _____ |
| <input type="checkbox"/> anemia / arterial baja _____ | <input type="checkbox"/> enfermedad renal _____ |
| <input type="checkbox"/> asma _____ | <input type="checkbox"/> atraso mental _____ |
| <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> fiebre reumática _____ |
| <input type="checkbox"/> cáncer _____ | <input type="checkbox"/> convulsiones / epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> diabetes _____ | <input type="checkbox"/> anemia de células falciformes _____ |
| <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón _____ | <input type="checkbox"/> sífilis _____ |
| <input type="checkbox"/> hemofilia _____ | <input type="checkbox"/> tuberculosis _____ |

¿Con quién vive el Niño? Marque uno:

- Madre y Padre Madre Padre Tutor legal Otros (especificar): _____

¿Es la madre de niño todavía vive? Sí No, causa de la muerte _____

¿Es el padre de niño todavía vive? Sí No, causa de la muerte _____

Número y edad de los hermanos:

Hermanas _____ Siglos _____ Hermano _____ Siglos _____

¿Todos los hermanos sigue vivo? Sí No, causa de la muerte _____

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

SEGURIDAD

¿Hay pintura descascarada en el hogar? Sí No

¿Su hijo se siente en el cinturón de seguridad del asiento de coche o el uso (según su edad)? Sí No

¿Tiene el número de control de envenenamiento? Sí No