

MRN#

## Antecedentes médicos pediátricos 12 años de edad o menos



**STAFF:** Responses in boxes and handwritten items must be entered **MANUALLY**.

### Instrucciones de marcado

Utilice un lápiz Nº 2. Rellene el óvalo por completo como se indica...



APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes

Día

Año

### ANTECEDENTES SOCIALES

**HOGAR** El niño vive con (marque todas las alternativas que apliquen):

solo con el padre   
solo con la madre

ambos padres   
madrastra   
padrastra

abuelo(s)   
otro pariente   
padres sustitutos

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Número de hermanos (hermanos o hermanas):

0 1 2 3 4 5 6 7 8+

¿Preocupaciones acerca de la exposición al plomo?  sí  no

¿Hay armas en su hogar?  sí  no

¿Hay detectores de humo funcionales en su casa?  sí  no

¿Hay comportamientos violentos en su familia?  sí  no

¿Alguien de los integrantes de su familia fuma?  sí  no

Situación de cuidado infantil: padres  guardería  pariente  niñera o nana

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Horas diarias de televisión, computadores o dispositivos electrónicos: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12+

Marque cualquier preocupación sobre su hijo:

consumo de alcohol  consumo de tabaco  actividad sexual  comportamiento agresivo

### ANTECEDENTES DE PARTO

Sexo: masculino  femenino

El paciente nació: a tiempo  prematuro

Semanas de gestación: (sólo prematuros) 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

El parto fue: parto vaginal  cesárea

Peso al nacer: libras 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

onzas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Altura al nacer: pulgadas 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Indique cualquier problema durante el embarazo:

parto prematuro  presión arterial alta  diabetes  consumo de droga   
daño abdominal importante  pre eclampsia  consumo de alcohol  consumo de tabaco

¿El bebé tuvo problemas después del nacimiento?  sí  no

Es hijo suyo por: nacimiento  adopción  hijastro  otro

Indique cualquier problema médico durante el período de recién nacido: **NINGUNO**

### DESARROLLO

A qué edad su hijo: se sentó solo \_\_\_\_\_ caminó solo \_\_\_\_\_ dijo palabras \_\_\_\_\_ se le enseñó a utilizar el baño \_\_\_\_\_

**SOLO NIÑAS** – Edad del primer período menstrual: 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16



### NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

Estilo de alimentación: pecho  biberón  ambos

En caso de dar pecho, indique la cantidad de meses: 1-5  6-10  11-15  16-20  21-25  26-30  31-35  36 o más

¿Su hijo ha tenido problemas de alimentación inusuales o dietéticos? sí  no

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

Ingesta de leche ahora: leche de vaca  1% de grasa  entera   
descremada  2% de grasa  leche de soya o arroz

Onzas promedio por día \_\_\_\_\_

Aviso: 8 onzas = 1 taza \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DENTALES

¿El niño ha visitado al dentista? sí  no

En caso afirmativo, ¿qué tan seguido? 6 meses  1 año  2 años  3 años  4 años o más

### SUEÑO

Horas por noche: 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Siestas (cantidad o duración): \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

Indique cualquier alergia que el paciente haya tenido.

NINGUNA ALERGIA CONOCIDA  Alergia a la goma látex  Otra: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento o inyecciones que le hayan causado reacciones negativas. Si es posible, incluya las reacciones (urticaria, sarpullido, picazón, dolores de cabeza, náusea, diarrea, desmayo, choque, falta de aliento, etc.)

Nombre del medicamento	Reacción

### MEDICAMENTOS

¿Qué medicamentos está tomando ahora el paciente?

(Incluya la receta de medicamentos de venta libre o suplementos a base de hierbas.

Por ejemplo, aspirina, Motrin, vitaminas, la hierba de San Juan, etc.)

NO ESTÁ TOMANDO NINGÚN MEDICAMENTO, SIGUIENDO UNA RECETA U OTRA COSA ACTIVAMENTE

Nombre de la RECETA DE MEDICAMENTOS	Dosis	Frecuencia

Medicamento de venta libre o HIERBA	Dosis	Frecuencia

### VACUNAS

el niño no ha tenido vacunas  ha tenido algunas  todas las vacunas al día

Traiga los registros de vacunación a su cita.



MRN#

## Antecedentes médicos pediátricos 12 años de edad o menos



**STAFF:** Responses in boxes and handwritten items must be entered **MANUALLY**.

### Instrucciones de marcado

Utilice un lápiz N° 2. Rellene el óvalo por completo como se indica...



APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Mes

Día

Año

### SUS ANTECEDENTES MÉDICOS Indique si **EL PACIENTE** ha tenido alguno de los siguientes antecedentes.

Marque todo lo que corresponda. Si ninguna aplica, marque "**SIN ANTECEDENTES MÉDICOS**".

PASADO	ACTUALMENTE		PASADO	ACTUALMENTE	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome de déficit atencional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sordera
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias (estacionales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes de comienzo juvenil
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome de down
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trastornos de ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eczema
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arritmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asperger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de audición
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soplo cardíaco
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insomnio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer (leucemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migrañas o dolores de cabeza
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer (linfoma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Distrofia muscular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enteropatía por gluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sobrepeso u obesidad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía congénita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Escoliosis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/> <b>SIN ANTECEDENTES MÉDICOS</b>		

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Marque todas las cirugías que el paciente haya tenido.

**EL PACIENTE NO HA TENIDO CIRUGÍAS**

Extracción de las amígdalas

Reparación de hernia

Inserción de tubos en el oído

Adenoides

Extracción del apéndice

Cirugía del corazón

Hueso(s) roto(s) o fractura(s) (especifique): \_\_\_\_\_

Otras cirugías (especifique): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Antecedentes familiares **DESCONOCIDO**

**ADOPTADO**

Indique qué miembro(s) familiar(es) tiene(n) estas enfermedades.

	Padre	Madre	Abuela Materna	Abuelo Materno	Abuela Paterna	Abuelo Paterno	Hermano	Hermana
Síndrome de déficit atencional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcoholismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes tipo 2 (de aparición adulta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arteriopatía coronaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia drepanocítica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>NINGUNO</b>	<input type="radio"/>							