Print in Color or Grayscale Only
Using Adobe Acrobat Reader 8.0 or later

Historial Pediátrico

Por favor conteste todas las preguntas

POR FAVOR IMPRIMA EL APELLIDO DE LA PACIENTE

IMPRIMA EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...

HISTORIAL DEL NACIMIENTO

El paciente nació: a tiempo ◯ prematuro ◯ tarde ◯

Tipo de Parto: parto vaginal ◯ cesáreo ◯

Peso al nacer:

lbs 1 ◯ 3 ◯ 5 ◯ 7 ◯ 9 ◯
2 ◯ 4 ◯ 6 ◯ 8 ◯ 10 ◯

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

¿La madre tuvo problemas con este embarazo? sí ◯ no ◯

¿El bebé tuvo problemas después del parto? sí ◯ no ◯

¿El bebé se quedó en el hospital después de que la madre se fue a casa? sí ◯ no ◯

Estilo de alimentación pecho ◯ botella ◯ ambos ◯

Si alimentado de pecho, número de meses: 1-5 ◯ 11-15 ◯ 21-25 ◯ 31-35 ◯
6-10 ◯ 16-20 ◯ 26-30 ◯ 36 o más ◯

HISTORIA QUIRÚRGICA

Por favor indique todas las cirugías que su hijo(a) ha tenido. Si ninguna, marque "PACIENTE NO HA TENIDO CIRUGÍAS."

- ◯ **PACIENTE NO HA TENIDO CIRUGÍAS**
- ◯ amígdalas y adenoides
- ◯ reparación de una hernia
- ◯ apéndice
- ◯ inserción de tubos en el oído
- ◯ cirugía de corazón
- ◯ huesos rotos / fracturas
- ◯ otro tipo de cirugía

HISTORIAL MÉDICO

¿Su hijo(a) ha sido hospitalizado(a)? sí ◯ no ◯

¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica crónica o grave? sí ◯ no ◯

¿Su hijo(a) ha tenido algún accidente o lesiones graves? sí ◯ no ◯

¿Cómo está el desarrollo de su hijo en comparación con otros niños de su edad?
normal ◯ más desarrollado ◯ menos desarrollado ◯

Vacunas: hijo(a) ha tenido ninguna ◯ algunas ◯ todas las vacunas están actualizadas ◯

HISTORIA SOCIAL

Niño(a) vive con ***(marque todos lo que apliquen)*****:**
solamente el padre ◯ otro pariente ◯
ambos padres ◯ abuelos ◯ padrastros o pareja de un padre ◯
solamente la madre ◯ padres de crianza ◯ otro ◯

Número de hermanos: 0 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8+ ◯

¿Alguien en la familia fuma? sí ◯ no ◯

¿Tiene la familia alguna mascota? sí ◯ no ◯

Rendimiento académico del niño: clases correctivas / educación especial ◯ en el promedio ◯
no está en la escuela ◯ bajo del promedio ◯ sobre del promedio ◯

¿Existe un comportamiento violento en la familia? sí ◯ no ◯

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Por favor indique si la FAMILIA DEL PACIENTE ha tenido alguna de las siguientes.

◯ **Historial Familiar DESCONOCIDO**

Madre	Padre	Hermana	Hermano	
◯	◯	◯	◯	ADHD / ADD
◯	◯	◯	◯	Asma
◯	◯	◯	◯	Autismo
◯	◯	◯	◯	Cáncer
◯	◯	◯	◯	Diabetes

Madre	Padre	Hermana	Hermano	
◯	◯	◯	◯	Problemas con alcohol o drogas
◯	◯	◯	◯	Problemas del corazón
◯	◯	◯	◯	Presión alta
◯	◯	◯	◯	Enfermedad mental
◯	◯	◯	◯	**NINGUNA de las anteriores**

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102
and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

SAMPLE

Copyright © PatientLink Form-874 S (Rev. 7/29/2015)