

NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M (Masculino) (circule) F (Femenino)
Persona que llenó el formulario:	Fecha Completado:	Relación con el Paciente:	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL DEL HOGAR	
¿Es el niño/a adoptado? No Sí Peso al nacer: _____ libras _____ onzas ¿El bebé nació a tiempo? No Sí _____ semanas ¿El parto fue Vaginal? Cesárea? ¿Si tuvo cesárea, porque razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al bebé nacer? No Sí Si respondió sí, explique: _____ Durante el embarazo, la mama: ¿Usó tabaco? No Sí Tomó alcohol? No Sí ¿Usó drogas o medicamentos? No Sí ¿Cuáles? _____ ¿Usó vitaminas prenatales? No Sí ¿Cuándo?: _____ ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que el bebé se quedara en la unidad de cuidados intensivo?: No Sí Si respondió sí, explique: _____ La alimentación inicial fue: Formula Leche materna ¿Cuánto duró tomando el pecho?: _____ ¿Su bebé se fue del hospital a la casa junto con la madre? No Sí Si no, explique: _____		Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/ el parentesco con el niño/a y sus edades. _____ _____ ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es así, escriba sus nombres, edades, y dónde viven : _____ _____ ¿Con quien vive el niño/a? Esta en custodia con ambos padres Esta en custodia individual con solo padre o madre Vive con una familia asignada por ley (Foster Care) Si uno o ambos padres no viven en casa, ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no esta en la casa? _____ ¿Usan tabaco en su familia? No Sí ¿Quién(es)?: _____	
HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A		HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA	
Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido: Hospitalizado No Sí Algunas heridas graves/ Fracturas No Sí Alguna Cirugía No Sí Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas No Sí Médicas: _____ Varicela (año): _____ No Sí Infecciones de Oídos Frecuentes No Sí Problemas de Audición o de Visión No Sí Alergias Nasales No Sí Asma/Enfermedad del Pulmones No Sí Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis No Sí Algún Problema de Corazón/ Soplo en el Corazón No Sí Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) No Sí Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos No Sí Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA No Sí Cáncer No Sí Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento No Sí Recurrente Infección en las Vías Urinarias /Enfermedad Renal--de los Riñones No Sí Defectos de Nacimiento No Sí Trastornos Metabólicos/Genéticos No Sí Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama No Sí Problemas Crónicas de la Piel /Eczema No Sí Dolores de Cabeza Frecuentes No Sí Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos No Sí Obesidad No Sí Diabetes (azúcar en la sangre) No Sí Tiroides/Otros Problemas Endocrino No Sí Alta Presión Sanguínea No Sí Uso de Alcohol o Drogas/Usos de Tabaco No Sí Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión No Sí Retraso en el Desarrollo/Discapacitado No Sí Caries Dentales No Sí Historial de Violencia Familiar/Abuso No Sí Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo No Sí Nivel alto de plomo No Sí Otras: _____ No Sí _____ No Sí _____ No Sí		Hay alguien en la familia del niño (padres, abuelos, hermanos/as) que hayan tenido: Pérdida de la Audición en la _____ ¿Quién? Infancia No Sí _____ Alergias nasales No Sí _____ Asma No Sí _____ Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis No Sí _____ Enfermedad del Pulmones No Sí _____ Enfermedad del Corazón No Sí _____ Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral No Sí _____ Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol No Sí _____ Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) No Sí _____ Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos No Sí _____ Caries Dentales No Sí _____ Cáncer No Sí _____ Enfermedad del Hígado/Hepatitis No Sí _____ Enfermedad de los Riñones No Sí _____ Diabetes (azúcar en la sangre) No Sí _____ Obesidad No Sí _____ Epilepsia/Convulsiones No Sí _____ Abuso de Alcohol/Drogas No Sí _____ Enfermedad Mental/Depresión No Sí _____ Retraso en el Desarrollo/Discapacitado No Sí _____ Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA No Sí _____ Otro historial familiar: No Sí _____ _____ Comentarios adicionales: _____ _____ _____	