

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____
Nombre de madre/padre _____ Nombre de madre/padre _____

MEDICAMENTOS

Especifique todos los medicamentos con receta y de venta libre que su hijo/a toma con regularidad. Incluya todas las vitaminas, hierbas y otros suplementos especificando cómo los toma su hijo/a.

ALERGIAS

Medicamentos que le provocan una reacción alérgica a su hijo/a: _____

Especifique las alergias que no tienen que ver con los medicamentos: _____

VACUNAS

Lleve una copia del registro de vacunación a la visita o indique dónde se encuentra archivado. _____

ESTUDIOS Y REVISIONES

Marque las opciones que correspondan e indique la fecha

Exploración física o deportiva Fecha: _____ Examen de la vista Fecha: _____

Revisión de rutina Fecha: _____ Otros: _____ Fecha: _____

EMBARAZO/INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO

El embarazo fue Sin complicaciones Con complicaciones - describir _____

¿Cuanto tiempo estuvo el bebé en el hospital? _____ Peso al nacer _____

Durante el embarazo, la madre:

Sí No Consumió alcohol o drogas

Sí No Se enfermó: _____

Sí No Requirió estudios especiales: _____

Sí No Tuvo problemas en el parto

Sí No Consumió tabaco

Sí No Tomó algún medicamento: _____

Sí No Tuvo problemas durante el trabajo de parto

Sí No La madre o el bebé tuvo problemas de salud o de adaptación después del parto: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Fecha de la última menstruación: _____

Indique si su hijo/a tiene o tuvo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/DAH o problemas de comportamiento/sociales | <input type="checkbox"/> Problemas de drogadicción o alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Maltrato físico |
| <input type="checkbox"/> Cistitis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Urticaria | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica o reflujo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dislocación de articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| | | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |

¿Hay algún otro aspecto de los antecedentes médicos de su hijo/a que quisiera compartir con el médico? _____

Enumere otros profesionales de la salud que atiendan a su hijo/a (indique nombre y motivo): _____

CIRUGÍAS

Indique si a su hijo(a) le quitaron: las anginas los adenoides el apéndice tubos del oído

Especifique cualquier otra cirugía:

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

Tipo _____ Fecha _____ Tipo _____ Fecha _____

HOSPITALIZACIONES (Aparte de por cirugía)

Especifique:

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

Fecha _____ Motivo _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

| Relación | Nombre | Año de nacimiento | Edad al momento de morir | Causa de muerte |
|---------------------|--------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hermanos y hermanas | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si hay antecedentes familiares de los siguientes padecimientos, marque el parentesco correspondiente:

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Abuso de alcohol u otras sustancias | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Asma | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Sordera | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Depresión/suicidio/enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Hepatitis (tipo _____) | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |

Otros antecedentes familiares importantes: _____

ANTECEDENTES SOCIALES¿El menor fue adoptado(a)? Sí No

Ocupación madre/padre _____ Ocupación padre/padre _____

Escuela _____ Grado _____

Nombre, fecha de nacimiento y parentesco de cada persona que vive con su hijo/a:

Cambios de vida (nacimiento de hermanos(as), divorcio, muertes) en la familia en los últimos 12 meses: _____

¿Sus creencias religiosas afectan la atención médica que podemos brindarle a su hijo/a? Sí No**FACTORES DE RIESGO**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición pasiva al humo del tabaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Los padres saben RCP/primeros auxilios |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consume tabaco, alcohol o drogas ilícitas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El calentador de agua está a 49 °C o 120 °F |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resulta lastimado(a) si un integrante de la familia se enoja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Las armas de fuego en el hogar están en un lugar seguro y bajo llave |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mascotas en el hogar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Las sustancias tóxicas y medicamentos están fuera de su alcance |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El hogar se construyó después de 1950 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lleva a su hijo/a al dentista |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Utiliza casco para montar en bicicleta, patineta, esquiar o montar a caballo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Siempre usa cinturón de seguridad en el automóvil |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El hogar cuenta con un detector de humo que funciona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hay un extinguidor de incendios en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hace ejercicio con frecuencia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lleva una dieta saludable |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usa protector solar Exposición al sol: <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Esporádicamente | |
| Cantidad de leche que toma al día _____ | Cantidad de jugo/soda que toma al día _____ |
| Horas que pasa frente a una pantalla al día _____ | |