

ABCD Pediatrics
Initial Health History Questionnaire

Cuestionario Inicial Historial de Salud

Nombre: _____ **Completada por:** _____ **Relación del Paciente** _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Por favor Circule Si, No, o Escriba N/A- No Aplicable, cuando sea necesario.

Motivo de la visita de hoy: _____

Nombre del médico anterior y Dirección: _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Salud de la madre durante el embarazo? _____

Medicamentos durante el embarazo? Sí o No

Nombre del Hospital _____

Semanas de Gestación: _____

Tipo de parto? por cesárea/ Vaginal Peso al Nacer ____ lbs ____ oz

Problemas con el bebé durante el parto? _____

Ictericia Sí o No **Parto De Nalgas** Sí o No

Pasó la prueba de audición? Sí o No Paso o Fallo

Fumaba cigarrillos, bebió alcohol, o consumió drogas ilegales durante el embarazo? Sí o No

HISTORIA MEDICA

Alergias a la medicina Sí o No **A Comida** Sí o No Otro: _____

Ha tenido cirugías? Sí o No

Vacunas al día? Sí o No

Ha sido hospitalizado por más de una noche: _____

Ha tenido alguna lesión grave (cuándo y dónde)? _____

Asma	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Visión	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Rinitis Alérgica	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Infección en el oído	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Eczema / Ronchas	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas en la piel	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problema de desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Infecciones del Tracto Urinario	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Problemas abdominales	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Demora de Habla	<input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No

NUTRICIÓN

El apetito generalmente bueno? Sí o No

Cólicos o problemas de alimentación durante los primeros 3 meses? Sí o No

Lactancia materna Sí o No Fórmula Sí o No Marca _____

Toma Leche Sí o No

Come Frutas Sí o No

Come Verduras Sí o No

PERFIL DE LA FAMILIA

Idioma Hablado en la Casa INGLÉS ESPAÑOL OTROS

Niño vive con: Madre _____ Padre _____ Ambos _____ Abuela _____

Tía _____	Guardián Legal _____	Padre involucrad _____ o <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Otro: _____
-----------	----------------------	--	-------------

FUMADORES EN SU CASA Sí o No **MASCOTAS/ANIMALES** Sí o No

DESARROLLO Y CONDUCTA

Edad en la que el niño: _____

Caminó _____

Comenzó a utilizar frases _____

Comenzó a usar el baño _____

Horas de televisión al día _____

Horas de uso de la computadora por día _____

La frecuencia con la que hace ejercicio por semana _____

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Grado en la Escuela _____ le gusta la escuela Sí o No

Problemas en la escuela Sí o No

Problemas para aprender Sí o No

problemas de comportamiento Sí o No

Problemas de orinarse en la cama Sí o No

Duerme bien Sí o No

Usa drogas ilegales Sí o No

Alguna afición / Deportes: _____

HISTORIA MEDICOFAMILIAR

Lista de todos los parientes de sangre de su hijo que han tenido los siguientes problemas: **Miembro de Familia**

Alergias _____

Trastorno de la sangre _____

Asma _____

Enfermedades Mentales _____

Consumidores problemáticos de drogas _____

Cancer _____

Artritis/Trastorno de cadera _____

Epilepsia / Convulsiones _____

Enfermedades del Corazón / problema de colesterol _____

Presión arterial alta _____

Migraña _____

Sordera a edad temprana _____

Diabéticos _____

Problemas estomacales _____

Problemas de Tiroides _____

Otras preocupaciones: _____

Lista de los medicamentos actuales: _____

Firma de los padres/tutor

Fecha