

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