



## Historial Médico Pasado

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Dob: \_\_\_\_\_

### Historial de medicación

Medicación	Dosis	Fecha de inicio

¿Alergias a medicamentos? (Si, a que y que reacciones).

\_\_\_\_\_

### Información de nacimiento:

Parto múltiple

Apgars:	
Edad gestacional	
Tipo de entrega	
Pantalla de audición	Contraseña /erronea
Pantalla del recién nacido	
Peso de nacimiento	
Longitud de nacimiento	
Circunferencia de la cabeza	
Lugar de nacimiento (hospital / ciudad)	

### Paciente historial médico pasado

Lesiones graves / accidentes	S / N	Problemas emocionales	S / N
Cirugías	S / N	condición de los ojos /gafas	S / N
Hospitalizaciones	S / N	Problemas con los oídos /audición	S / N
Varicela	S / N		S / N
Infecciones frecuentes de oído /seno	S / N	Transfusión de sangre	S / N
Faringitis / amigdalitis	S / N	Dolores de cabeza frecuentes	S / N
Otras infecciones / enfermedades	S / N	Convulsiones / retraso del desarrollo	S / N
Rinitis alérgica / alergias	S / N	ADD / ADHD / Trastorno neurológico	S / N
Alergias animales	S / N	Preocupaciones de salud mental	S / N
Alergias al aire libre / interiores	S / N	Problemas ortopédicos	S / N
Asma / Bronquitis	S / N	Diabetes	S / N
Problemas cardíacos / soplos	S / N	Tiroides	S / N

Dolor abdominal / ERGE	S / N	Mujer: periodo menstrual	Fecha de inicio _____
Estreñimiento	S / N	Problemas de periodo	S / N
Infecciones de vejiga / riñon	S / N	Uso de drogas / alcohol.	S / N
Mojar la cama (después de los 5 años)	S / N	Otros problemas importantes	S / N

### **Historia perinatal**

Pantalla de recién nacido revisada	S / N	Circuncisión	S / N
Reanimacion en el parto	S / N	Retraso en el paso del meconio	S / N
Bebe prematuro	S / N	Murmullo	S / N
Rechazo de vitamina K / profilaxis ocular	S / N	Problemas respiratorios (TTN / RDS)	S / N
Alimentacion:	Leche materna / formula	Oxgeno	S / N
Hipoglucemia	S / N	Ventilacion Asistida	S / N
Hipotermia	S / N	Antibioticos	S / N
Laboratorios de detección de sepsis	S / N	Apnea	S / N
Bilirrubina transcutanea (TcB)	S / N	Ultrasonido de la cabeza	S / N
Ictericia	S / N		

### **Historia materna**

Concepcion asistida	S / N	Problema de salud materna	S / N
Embarazo de alto riesgo	S / N	Problema con el feto	S / N
Amniocentesis / CVS	S / N	Ruptura prolongada de la membrana	S / N
Ausencia de atencion prenatal	S / N	Antibioticos durante el parto.	S / N
Uso materno de alcohol	S / N	Induccion del trabajo	S / N
Uso materno del tabaco	S / N	Cesarea	S / N
Uso materno de drogas	S / N	Meconio a la entrega	S / N

### **Family History**

		Paternal/Maternal	Family Member
Cancer	S / N	P/M	
Diabetes	S / N	P/M	
Colesterol alto	S / N	P/M	
Hipertension	S / N	P/M	
Problemas del corazon / enfermedad	S / N	P/M	
Nefropatia	S / N	P/M	
Otra	S / N	P/M	

### **Historia social**

Familia intacto	S / N	Pets: List Below	S / N
Estado de custodia no intacta	S / N		
Hermanos: Lista a continuacion	S / N	Fumadores en casa	S / N
		Pistolas en casa	S / N
		Armas cerradas y lejos de municion	S / N