

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL – INFANTIL / NIÑO(A) (Nacimiento a 10 años)

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido Primer Nombre Medio Nombre

Forma llenada por: Padre/Madre Otro: _____

¿Cuál es la razón principal de su visita a nuestro Centro de Salud hoy?

Alergias: ¿Tiene su hijo(a) alergias a lo siguiente? (Por favor elija todo lo que aplique)						
<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Tetraciclina	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Polen
<input type="checkbox"/> Gatos	<input type="checkbox"/> Perros	<input type="checkbox"/> Molde	<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Abejas	<input type="checkbox"/> Soya	<input type="checkbox"/> Trigo
<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Pescado	<input type="checkbox"/> Cacahuets	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Leche		
<input type="checkbox"/> Otro _____						

Medicamentos: Escriba todos los medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas, u otros suplementos que esté tomando su hijo(a)		
Nombre del Medicamento/u de los Suplementos	Potencia	Frecuencia Tomado

Condiciones Médicas: ¿Actualmente tiene su hijo(a) un historial de lo siguiente? (Por favor seleccione todo lo que aplique).

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la piel | <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica | | |

Cirugías / Hospitalizaciones: ¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes cirugías? (Por favor seleccione todo lo que aplique)

Lista de cirugías / hospitalizaciones aquí:

Historial de Inmunizaciones: ¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes vacunas y/o enfermedades? (Por favor seleccione todo lo que aplique)				
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis A		

- Hib Neumocócica Influenza VPH
 Meningocócicas Difteria tétanos y tos ferina (DTaP / Tdap)
 Otro: _____

Fecha del último examen dental (si aplicable):		
Fecha del último examen de vista (si aplicable):		
¿Tiene su hijo(a) problemas auditivos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene su hijo(a) problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Historial Familiar: ¿Tiene una historial de lo siguiente en su familia? Marque con "X" las cajas que apliquen para su hijo(a).

Condición Medica	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Maternal	Abuelo Paternal	Hermana de su Madre	Hermano de su Madre	Hermana de su Padre	Hermano de su Padre
Alcohol y Drogas / Adicciones												
Autismo Trastorno del Espectro												
Asma												
Cáncer												
Enfermedad Cardíaca												
Depresión												
Diabetes												
Colesterol Alto												
Alta Presión Arterial												
Enfermedad de los Riñones												
Enfermedad Mental												
Apoplejía												
Problemas de la Vista												

Nacimiento / Historial Infantil: Por favor conteste las siguientes preguntas:

Su hijo(a) nació por parto:	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea
¿Hubo alguna complicación con el parto de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Fue o es amamantado su bebé?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Si es que sí, por cuánto tiempo?		

Historial Social: Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historial social:

¿Quien vive en el hogar? :		
¿En el año pasado, se ha preocupado que se le va acabar la comida antes de que tenga el dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuantas veces al día se lava los dientes su hijo(a)?		
¿Siempre usa asiento de seguridad o cinturón de seguridad su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Han hecho pruebas de plomo para su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en su hogar que fuma, o pasa su hijo(a) en un ambiente en donde la gente fuma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre las habilidades sociales de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Demuestra problemas de comportamiento su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún problema en la escuela su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Han habido cambios grandes en la familia recientemente? (Por favor marque todo lo aplicable).

- Ninguno Mudanza de Hogar Cambio de Empleo Separación Divorcio Muerte en la Familia
 Otro: _____

Revisión de Sistemas: Por favor circule: S= Sí, condición presente. N=No, nunca tuvo la condición.

Constitucional

Fiebre	S	N	Resfriado	S	N	Pérdida de peso	S	N
Malestar/Fatiga	S	N	Sudor	S	N	Debilidad	S	N

Piel

Sarpullido	S	N	Comezón	S	N	Cambios de color	S	N
------------	---	---	---------	---	---	------------------	---	---

Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta

Jaqueca	S	N	Zumbido de oídos	S	N	Hemorragias Nasales	S	N
Dolor de oído	S	N	Secreción de oído	S	N	Congestión	S	N
Ardor de Garganta	S	N	Migrañas	S	N			

Ojos

Visión borrosa	S	N	Doble visión	S	N	Sensibilidad a la luz	S	N
Dolor del ojo	S	N	Secreción de los ojos	S	N	Enrojecimiento de los ojos	S	N

Cardiovascular

Dolor del pecho	S	N	Palpitaciones	S	N	Falta de aliento al acostarse	S	N
-----------------	---	---	---------------	---	---	-------------------------------	---	---

Respiratoria

Toz	S	N	Tosiendo Sangre	S	N	Producción de flema	S	N
Dificultad al respirar	S	N	Sibilancias / Jadear	S	N	Asma	S	N

Gastrointestinal

Acidez	S	N	Náusea	S	N	Vómitos	S	N
Dolor abdominal	S	N	Diarrea	S	N	Constipación	S	N
Sangre en la heces	S	N	Heces negras	S	N			

¿Qué tan seguido tiene su hijo(a) excrementos al día? _____

Genitourinario

Dolor al orinar	S	N	Urgencia	S	N	Frecuencia	S	N
Sangre en la orina	S	N	Dolor lateral	S	N	Incontinencia	S	N
Infecciones frecuentes	S	N	Mojar la cama	S	N			

Reproductivo Masculino

Hernias	S	N	Masas testiculares	S	N	Circuncisión	S	N
---------	---	---	--------------------	---	---	--------------	---	---

Reproductivo Femenino

Secreción vaginal	S	N	Picazón Genital	S	N			
-------------------	---	---	-----------------	---	---	--	--	--

Musculoesquelético

Dolor Muscular	S	N	Dolor del Cuello	S	N	Dolor de la Espalda	S	N
Dolor de las articulaciones	S	N	Caídas	S	N	Espasmos Musculares	S	N

Endocrino/Alergias

Sed Excesiva	S	N	Alergias medio ambientales	S	N			
Sangra con facilidad o recibe moretones fácilmente				S	N	Intolerancia al frio	S	N
Hambre Excesiva	S	N	Intolerancia al Calor	S	N			

Diabetes _____ Problemas de la Tiroides _____

Neurológico

Mareos	S	N	Hormigueo	S	N	Temblor	S	N
Cambios Sensoriales	S	N	Cambios a la manera de hablar				S	N
Convulsiones	S	N	Desmayo	S	N	Entumecimiento	S	N
Parálisis	S	N						

Emocional (Psiquiátrico)

Depresión	S	N	Ideas de suicidio	S	N	Abuso de Sustancias	S	N
Alucinaciones	S	N	Nervioso(a)/Ansioso(a)	S	N	Insomnio	S	N
Perdida de la Memoria	S	N	Cambios de Humor	S	N	Tensión/Estrés	S	N
Cortarse / Autolesionarse	S	N						