



Mountain Valleys
HEALTH CENTERS

HISTORIA de la SALUD PEDIÁTRICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Historial de Nacimiento

Parto Vaginal Parto por Cesárea Nacimiento Prematuro-Edad al Nacer _____ Semanas _____
Peso al Nacer _____ libras/onzas Longitud al Nacer _____ pulgadas Otro _____
Complicaciones/Comentarios _____

Historial médica pasada (verifique y comente cualquier/todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia _____ | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto) _____ |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión (Alta presión sanguínea) _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunitario _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Influenza (gripe) _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Ictericia (Jaundice) _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado, estómago, intestinos _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Sarampión _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Concusión _____ | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Congénita _____ | <input type="checkbox"/> Otitis Media (infección del oído) _____ |
| <input type="checkbox"/> Malformaciones Congénitas _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía _____ |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento _____ | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Crup _____ | <input type="checkbox"/> Escoliosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo _____ | <input type="checkbox"/> Célula falciforme _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema _____ | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño _____ |
| <input type="checkbox"/> Enuresis (Bed Wetting) _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla _____ |
| <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico (Heartburn) _____ | <input type="checkbox"/> Espina Bífida _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la visión _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Fracturas _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalitis (Tonsillitis) _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición _____ | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario (UTI) _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Urticaria (Hives) _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Historia Quirúrgica (verifique y comente cualquier/todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Oído_____ | <input type="checkbox"/> Apendicectomía (Apéndice)_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Nariz_____ | <input type="checkbox"/> Colescistectomía (Vesícula Biliar)_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Garganta_____ | <input type="checkbox"/> Hernia_____ |
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía (Adenoides)_____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Cutánea_____ |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía_____ | <input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Tiroides_____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Vejiga_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaco (corazón)_____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del Riñon_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Pulmonar_____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del Intestino_____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Abdominal_____ | <input type="checkbox"/> Otra Cirugía_____ |
-
-

Historia Social

Situación de la Vivienda

- Viviendo con Padres Viviendo con parientes (aparte de los padres) Viviendo con Abuelos
 Otras modalidades de alojamiento_____
-

Hermanos (a)

- Hermano(s)- ¿Cuántos?_____ Hermana(s)- ¿Cuántas?_____
-

Sustancia Uso/Exposición

- ¿Exposición al humo de cigarrillos y/o marihuana en el hogar?_____
- Alcohol Cigarrillos Cocaína/Metanfetamina Marihuana
- Otro_____
-

Actividades/Ejercicio

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Montar en Bicicleta | <input type="checkbox"/> Baloncesto |
| <input type="checkbox"/> Pescar | <input type="checkbox"/> Porrista | <input type="checkbox"/> Excursionismo |
| <input type="checkbox"/> Fútbol | <input type="checkbox"/> Cazar | <input type="checkbox"/> Golf |
| <input type="checkbox"/> Correr | <input type="checkbox"/> Gimnasia | <input type="checkbox"/> Skateboarding (Patineta) |
| <input type="checkbox"/> Fútbol Mexicano | <input type="checkbox"/> Esquiar | <input type="checkbox"/> Sofbol |
| <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Nadar | <input type="checkbox"/> Luchar |
| <input type="checkbox"/> Pista y Campo | <input type="checkbox"/> Voleibol | |
| <input type="checkbox"/> Otra Actividad_____ | | |
-

Historial de Familia (marque todo lo que corresponda)

	MADRE	PADRE	HERMANO	HERMANA	ABUELO(A)
Alcoholismo					
Anemia					
Asma					
Enfermedad Autoinmune					
Defectos de Nacimiento					
Desorden Sanguíneo					
Cáncer					
Enfermedad de Crohn					
Fibrosis Quística					
Diabetes Mellitus					
Pérdida de la Audición					
Enfermedad del Corazón					
Colesterol Alto					
Alta Presion Sanguinea					
Enfermedad Infecciosa					
Enfermedad del Riñon					
Lupus					
Problemas de la Salud Mental					
Migraña					
Otro					
Anormalidad de la Célula Falciforme					
Accidente Cerebrovascular (Stroke)					
Trastornos de la Tiroides					
Tuberculosis					
Colitis Ulcerosa					

Comentarios Adicionales
