

APA Formulario de Historia Médica del Paciente

Fecha	Nombre del Niño	Apodo	Fecha de Nacimiento	M	F
Medico/Oficina Anteriores		El Pedido le Transferencia de los Expendientes Terminó? S N		Fecha del ultimo examen fisico?	
Nombre de la Madre	Ocupación	Edad	Nombre del Padre	Ocupación	Edad
Historia del Nacimiento					
Peso al nacer _____ Embarazo # _____		<input type="checkbox"/> Parto normal? <input type="checkbox"/> Cesarea?			
Edad de la Mamá _____		¿Si es cesarea, por qué? _____			
El bebe nacio a tiempo? _____ Temprano? _____ Tarde? _____		¿Su bebé tuvo problemas después de nacimiento? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
¿Si es temprano, gestación de cuántas semanas? _____		Explique _____			
¿Le madre tuvo enfermedad o problemas con embarazo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Era la alimentación inicial <input type="checkbox"/> Leche materna? <input type="checkbox"/> Fórmula?			
Explique _____		¿El bebé fue a casa con la madre del hospital? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Durante embarazo, la madre:		Explique _____			
Fumo <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tomo Alcohol <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Utilize las drogas o medicamentos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Qué _____ Cuando _____					
Última Historia					
Tiene su nino o ha tenido:					
Varicela	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Infecciones frecuentes del oído o dolor de garganta	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Problemas con los oídos o la audiciencia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Alergias nasales	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Problemas con los ojos, la visión, o los dientes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Asma, tos recurrente, bronquitis, o pulmonía	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Cualquier problema del corazón o soplos de corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Problema de la anemia o de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Estreñimiento que requiere visitas al doctor	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Infección de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Incontinencia noctura (después de 5 años)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Cualquier problema de piel recurrente crónico (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Las convulsiones o el otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Ediciones de salud mental (ADHD, ansiedad, depresión)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
La tiroides u otro problema endocrino	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Uso del alcohol o de las drogas	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
Otras cuestiones de salud médica o mental/problemas _____					
¿Su niño ve a especialistas? ¿Si es así, quién? ¿Por qué razón o diagnostico? _____					
General					
¿Usted considera que su niño tiene Buena salud?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
¿Su niño tiene enfermedades serias o dolencias crónicas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
¿Su niño ha tenido lesiones o accidentes serios?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
¿Su niño ha tenido cirugía?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
¿Han hospitalizado a su nino?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			
¿Es su niño alergico a medicinas o a drogas, o reaccionado a las vacunas?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Explique _____			

Información del Hogar

Por favor liste todos los que viven en el Hogar del Niño

Nombre	Relación al Niño	Fecha de Nacimiento

Cuidado de niños: _____

Fumadores en el hogar?: S N Animales domésticos en el hogar?: S N

¿No hay hermanos en la lista? Si es así, por favor escriba sus nombres y edades, y en el que viven. _____

Si la madre y el padre no viven juntos, o si el niño no vive con los padres, ¿cuál es la situación del niño bajo custodia? _____

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia él / ella ve a los padres que no están en el hogar? _____

Antecedentes Familiares (Padres, Hermanos, Abuelos, Tias & Tios)**Tiene algún familiar lo siguiente:**

Abuso de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Alergias	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Riesgo de la anestesia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Artritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genético	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Genitourinario	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Corazón	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Hipertensión	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Lípidos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Diagnóstico Neurológico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Oftalmología	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Respiratorio	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Piel	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Trazo	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Tiroides	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Negativo Historia Familiar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Quién _____	Comentarios _____
Historia Familiar Otros detalles / comentarios	_____		

Notas (Otras cuestiones médicas / social / conductual)

Revisión Inicial (iniciales / fecha):