

Historial Médico Pediátrico

NOMBRE: _____
FARMACIA PREFERIDA _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

ALÉRGICAS A MEDICINAS:

HISTORIAL DE CIRUGÍAS Y FECHAS:

ENFERMEDADES CRÓNICAS :

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO:

HISTORIA DEL NACIMIENTO: Nació por: Parto Natural Cesárea

Complicaciones: _____

Peso al nacer: _____ Midio: _____

Problemas de recién nacido: (circule)

Infección Ictericia Problemas Respiratorios Prematuro Soplo Cardíaco Otro: _____

Alimentado por: Leche materna _____ Fórmula _____ Por cuanto tiempo? _____

Nombre de la Madre: _____ **Empleador:** _____ **Teléfono de Trabajo (____)** _____

Nombre del Padre: _____ **Empleador:** _____ **Teléfono de Trabajo (____)** _____

Guardián Legal: _____ **Empleador:** _____ **Teléfono de Trabajo (____)** _____

HISTORIAL SOCIAL:

Con quien vive el niño? _____

Sus padres estan: Casados Divorciados Separados Solo Viven Juntos

Si los padres estan divorciados o separados, con cuanta frecuencia ve al padre o madre?

Exposicion al cigarro: No Si, adentro Si, afuera Desconocido

Mascotas en case: No Si, gato Si, perro Si, gato y perro Si, otro _____

Asiste a la escuela? No Si Guardería

HISTORIAL FAMILIAR:

Padre: Vivo Disfunto Edad _____

Enfermedades/Causa de la muerte: _____

Madre: Viva Disfunta Edad _____

Enfermedades/Causa de la muerte: _____

Cuantos hermanos? _____ **Cuantas hermanas?** _____

Hermano(s) Vivos: _____ **Enfermedades:** _____

Disfuntos: _____ **Enfermedades/Causa de la muerte:** _____

Hermana(s): Vivas: _____ **Enfermedades:** _____

Disfuntos: _____ **Enfermedades/Causa de la muerte:** _____

Parientes sanguíneo con enfermedades: _____

Ultimo día de:

Examen Físico _____ Vacuna de Influenza (Gripe) _____ Vacuna de Tétanos _____