

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Nombre de madre/padre \_\_\_\_\_ Nombre de madre/padre \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

Especifique todos los medicamentos con receta y de venta libre que su hijo/a toma con regularidad. Incluya todas las vitaminas, hierbas y otros suplementos especificando cómo los toma su hijo/a.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Medicamentos que le provocan una reacción alérgica a su hijo/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especifique las alergias que no tienen que ver con los medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VACUNAS

Lleve una copia del registro de vacunación a la visita o indique dónde se encuentra archivado. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ESTUDIOS Y REVISIONES

Marque las opciones que correspondan e indique la fecha

Exploración física o deportiva Fecha: \_\_\_\_\_  Examen de la vista Fecha: \_\_\_\_\_

Revisión de rutina Fecha: \_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## EMBARAZO/INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO

El embarazo fue  Sin complicaciones  Con complicaciones - describir \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo estuvo el bebé en el hospital? \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, la madre:

Sí  No Consumió alcohol o drogas

Sí  No Se enfermó: \_\_\_\_\_

Sí  No Requirió estudios especiales: \_\_\_\_\_

Sí  No Tuvo problemas en el parto

Sí  No Consumió tabaco

Sí  No Tomó algún medicamento: \_\_\_\_\_

Sí  No Tuvo problemas durante el trabajo de parto

Sí  No La madre o el bebé tuvo problemas de salud o de adaptación después del parto: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_

Indique si su hijo/a tiene o tuvo:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/DAH o problemas de comportamiento/sociales | <input type="checkbox"/> Problemas de drogadicción o alcoholismo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído          | <input type="checkbox"/> Meningitis                |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio                   | <input type="checkbox"/> Maltrato físico           |
| <input type="checkbox"/> Cistitis                                       | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                       | <input type="checkbox"/> Neumonía                  |
| <input type="checkbox"/> Fracturas                                      | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza                   | <input type="checkbox"/> Polio                     |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                                     | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos                     | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                      | <input type="checkbox"/> Urticaria                               | <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo                        | <input type="checkbox"/> Ictericia                               | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica o reflujo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                       | <input type="checkbox"/> Dislocación de articulaciones           | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides     |
|   |  | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista     |

¿Hay algún otro aspecto de los antecedentes médicos de su hijo/a que quisiera compartir con el médico? \_\_\_\_\_

Enumere otros profesionales de la salud que atiendan a su hijo/a (indique nombre y motivo): \_\_\_\_\_

## CIRUGÍAS

Indique si a su hijo(a) le quitaron:  las anginas  los adenoides  el apéndice  tubos del oído

Especifique cualquier otra cirugía:

Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HOSPITALIZACIONES (Aparte de por cirugía)

Especifique:

Fecha \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Relación	Nombre	Año de nacimiento	Edad al momento de morir	Causa de muerte
Padre				
Madre				
Hermanos y hermanas				

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Si hay antecedentes familiares de los siguientes padecimientos, marque el parentesco correspondiente:

Abuso de alcohol u otras sustancias	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Asma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Sordera	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Depresión/suicidio/enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Hepatitis (tipo _____)	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano(a)

Otros antecedentes familiares importantes: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**¿El menor fue adoptado(a)?  Sí  No

Ocupación madre/padre \_\_\_\_\_ Ocupación padre/padre \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre, fecha de nacimiento y parentesco de cada persona que vive con su hijo/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cambios de vida (nacimiento de hermanos(as), divorcio, muertes) en la familia en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sus creencias religiosas afectan la atención médica que podemos brindarle a su hijo/a?  Sí  No**FACTORES DE RIESGO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Exposición pasiva al humo del tabaco   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Los padres saben RCP/primeros auxilios                               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consume tabaco, alcohol o drogas ilícitas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El calentador de agua está a 49 °C o 120 °F                          |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Resulta lastimado(a) si un integrante de la familia se enoja   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Las armas de fuego en el hogar están en un lugar seguro y bajo llave |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mascotas en el hogar   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Las sustancias tóxicas y medicamentos están fuera de su alcance      |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El hogar se construyó después de 1950  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lleva a su hijo/a al dentista  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Utiliza casco para montar en bicicleta, patineta, esquiar o montar a caballo   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Siempre usa cinturón de seguridad en el automóvil                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No El hogar cuenta con un detector de humo que funciona   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hay un extinguidor de incendios en el hogar                          |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hace ejercicio con frecuencia  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lleva una dieta saludable  |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Usa protector solar Exposición al sol: <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Esporádicamente |  |
| Cantidad de leche que toma al día _____  | Cantidad de jugo/soda que toma al día _____  |
| Horas que pasa frente a una pantalla al día _____  |  |