



FECHA:	_____
OFICINA:	_____

**FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE IRVING PEDIATRICS**  
(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su médico a comprender mejor sus preocupaciones y afecciones médicas. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Las mejores estimaciones están bien si no puede recordar detalles específicos.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO: \_\_\_\_\_

SU RELACIÓN CON EL NIÑO: \_\_\_\_\_ MÉDICO ANTERIOR DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS o REACCIONES A MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / OTROS AGENTES:**

Medicamentos / alérgenos	Reacción o efecto secundario

**MEDICAMENTOS:** Enumere todos los medicamentos recetados / sin receta, vitaminas, remedios caseros, píldoras anticonceptivas, hierbas, etc.

Medicamento	Dosis	Veces al día	Medicamento	Dosis	Veces al día

**HISTORIA DE NACIMIENTO:**

¿Dónde nació tu hijo? \_\_\_\_\_ ¿El niño es suyo por:  nacimiento  adopción  hijastro  otro  
Indique cualquier problema médico durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
Parto por:  parto vaginal  Cesárea (Razón de la cesárea: \_\_\_\_\_)  
Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Longitud al nacer: \_\_\_\_\_ Puntaje APGAR: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_  
Indique cualquier problema médico durante el período neonatal: \_\_\_\_\_  
Otros problemas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA PASADA:**

¿Están las vacunas de su hijo actualizadas para su edad?  Si  No  
Describa cualquier problema médico importante y sus fechas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?  varicela  sarampión  paperas  meningitis  tuberculosis (TB)  
Hospitalizaciones (indique fechas y motivos): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA QUIRÚRGICA:** Enumere todas las operaciones y fechas anteriores.

Operación	Fecha	Razón de la operación

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**



## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DE IRVING PEDIATRICS

(ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD)

**HISTORIA FAMILIAR:** Por favor, indique con una marca de verificación cualquier miembro de la familia que haya tenido alguna de las siguientes condiciones.

Condición médica	Mamá	Padre	Hermano	Gma	Gpa	Condición médica	Mamá	Padre	Hermano	Gma	Gpa
Alcoholismo						Enfermedades genéticas					
Anemia						Glaucoma					
Problema de anestesia						Fiebre del heno / alergias					
Artritis						Escuchando problemas					
Asma						Enfermedad del corazón					
Defectos de nacimiento						Colesterol alto					
Problema de sangrado						Hipertensión					
Cáncer de mama						Enfermedad del riñón					
Cáncer de colon						Lupus					
Cáncer de pulmón						Retraso mental					
Cáncer, melanoma						Migraña					
Cáncer, ovario						Prolapso de la válvula mitral					
Cáncer de próstata						Osteoartritis					
Cáncer, otro						Osteoporosis					
Depresión						Enfermedades psiquiátricas					
Diabetes, tipo 1 (inicio en el niño)						Artritis reumatoide					
Diabetes, tipo 2 (inicio en la edad adulta)						Carrera					
Eczema						Trastornos de la tiroides					
Epilepsia (convulsiones)						Tuberculosis					

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

<b>EXPOSICIÓN / HÁBITOS:</b>	
¿Alguna inquietud sobre la exposición al plomo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (casa vieja, fontanería, pintura descascarada)	Horas de televisión por día: _____
¿Fuma algún miembro del hogar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Horas de computadora por día: _____
	Horas de videojuegos por día: _____
<b>HISTORIA ESCOLAR:</b>	
¿Su hijo asiste a la guardería? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cualquier inquietud sobre la relación con:
¿Su hijo asiste al preescolar / escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Maestros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nivel de grado actual: _____	¿Compañeros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre de Escuela: _____	Si tiene más de 4 años, ¿tiene su hijo un mejor amigo?
¿Alguna inquietud sobre el desempeño escolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>DEPORTES / EJERCICIO / AFICIONES:</b>	
Tipo de ejercicio: _____	¿Con qué frecuencia? _____ Cómo¿largo? _____
Enumere sus pasatiempos: _____	¿Cualquier duda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<b>LA SEGURIDAD:</b>	
¿Utiliza los asientos de seguridad / cinturones de seguridad de manera constante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tienes armas en tu casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Su hijo usa un casco de bicicleta con regularidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Otras preocupaciones? _____
¿Es la violencia en el hogar una preocupación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____
	_____

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**