

FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA PACIENTE NUEVO PEDIÁTRICO



INFORMACIÓN BÁSICA		
MOTIVO DE LA VISITA		FECHA DE HOY
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE CUMPLEAÑOS
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	FARMACIA DE SU PREFERENCIA	
SEXO AL NACER HOMBRE MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO (ejemplo: hombre, mujer, transgénero, género neutro, no binario, etc.)	
FORMULARIO CONTESTADO POR	RELACIÓN CON EL(LA) PACIENTE	

HOGAR (anote a todas las personas que vivan en la casa del[a] niño[a])

RELACIÓN CON EL(A) NIÑO(A)	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PROBLEMAS DE SALUD

Indique todos(as) los(as) hermanos(as) que no vivan con el(a) niño(a):

--	--	--	--

SITUACIÓN DE CRIANZA DEL(LA) NIÑO(A)

- FAMILIA BIOLÓGICA
 FAMILIA ADOPTIVA
 CUSTODIA ÚNICA
 PADRES ADOPTIVOS
 CUSTODIA COMPARTIDA
 OTRA (describa) _____

Si uno o ambos padres NO vive(n) en su hogar, ¿con qué frecuencia ve el niño o niña al padre o madre? _____

EXPEDIENTE DE NACIMIENTO

PESO AL NACER ____ LBS ____ OZ

¿NACIÓ EL BEBÉ A TÉRMINO (37 semanas o más)?

SÍ / NO

¿CUÁNTAS SEMANAS? _____

¿HUBO ALGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN PRENATAL O NEONATAL?

SÍ / NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE: _____

¿SE REQUIRIÓ ESTANCIA EN UCIN?

SÍ / NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE: _____

PARTO: NATURAL / CESÁREA

LA ALIMENTACIÓN INICIAL FUE: LECHE DE FÓRMULA / LECHE MATERNA

¿POR CUÁNTO TIEMPO AMAMANTÓ? _____

¿EL BEBÉ SALIÓ DEL HOSPITAL JUNTO CON LA MAMÁ?

DURANTE EL EMBARAZO, LA MAMÁ:

¿USÓ VITAMINAS PRENATALES? SÍ / NO

¿FUMÓ? SÍ / NO

SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO? _____

¿BEBIÓ ALCOHOL? SÍ / NO

SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO? _____

¿USÓ DROGAS O MEDICAMENTOS? SÍ / NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ TIPO Y CUÁNDO? _____

MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTOS ACTUALES (incluya dosis y frecuencia)	ALERGIAS A MEDICAMENTOS
_____	SÍ / NO / NO SÉ
_____	Anote: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SALUD GENERAL

¿CONSIDERA QUE SU HIJO(A) ESTÁ EN BUEN ESTADO DE SALUD? SÍ / NO / NO SÉ
EXPLIQUE: _____

¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD GRAVE? SÍ / NO / NO SÉ
EXPLIQUE: _____

¿SU HIJO(A) HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? SÍ / NO / NO SÉ
EXPLIQUE: _____

¿SIENTE QUE SU FAMILIA TIENE SUFICIENTE PARA COMER? SÍ / NO / NO SÉ
EXPLIQUE: _____

ANTECEDENTES DE LA FAMILIA BIOLÓGICA	
¿ALGUNO DE LOS FAMILIARES HA PADECIDO LO SIGUIENTE?	¿QUÉ FAMILIAR?
PÉRDIDA AUDITIVA DEL(LA) NIÑO(A) SÍ / NO / NO SÉ	
ALERGIAS NAALES: SÍ / NO / NO SÉ	
ASMA SÍ / NO / NO SÉ	
TUBERCULOSIS SÍ / NO / NO SÉ	
ENFERMEDADES CARDÍACAS (ANTES DE LOS 55 AÑOS) SÍ / NO / NO SÉ	
COLESTEROL ALTO/TOMA MEDICAMENTO CONTRA EL COLESTEROL SÍ / NO / NO SÉ	
ANEMIA SÍ / NO / NO SÉ	
TRASTORNO HEMORRÁGICO SÍ / NO / NO SÉ	
CARIES SÍ / NO / NO SÉ	
CÁNCER (ANTES DE LOS 55 AÑOS) SÍ / NO / NO SÉ	
ENFERMEDAD HEPÁTICA SÍ / NO / NO SÉ	
ENFERMEDAD RENAL: SÍ / NO / NO SÉ	
DIABETES (ANTES DE LOS 55 AÑOS) SÍ / NO / NO SÉ	
MOJAR LA CAMA (DESPUÉS DE LOS 10 AÑOS) SÍ / NO / NO SÉ	
OBESIDAD SÍ / NO / NO SÉ	
EPILEPSIA O CONVULSIONES SÍ / NO / NO SÉ	

EXPEDIENTE DE LA FAMILIA BIOLÓGICA (CONTINUACION)

¿ALGUNO DE LOS FAMILIARES HA PADECIDO LO SIGUIENTE?	¿QUÉ FAMILIAR?
ABUSO DE ALCOHOL SÍ / NO / NO SÉ	
ABUSO DE DROGAS SÍ / NO / NO SÉ	
DEPRESIÓN/ENFERMEDAD MENTAL SÍ / NO / NO SÉ	
DISCAPACIDAD EN EL DESARROLLO SÍ / NO / NO SÉ	
PROBLEMAS INMUNOLÓGICOS, VIH O SIDA SÍ / NO / NO SÉ	
TABAQUISMO SÍ / NO / NO SÉ	
DETALLES ADICIONALES NO LISTADOS:	

HISTORIAL DEL(LA) NIÑO(A)

¿SU HIJO(A) PADECE O HA PADECIDO LO SIGUIENTE?

VARICELA **SÍ / NO / NO SÉ**
 CUÁNDO: _____

INFECCIONES FRECUENTES DEL OÍDO **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

PROBLEMAS EN LOS OÍDOS O AUDITIVOS **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

ALERGIAS NASALES **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

PROBLEMAS CON LOS OJOS O LA VISIÓN **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

ASMA, BRONQUITIS, BRONQUIOLITIS O NEUMONÍA **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

CUALQUIER PROBLEMA CARDÍACO O SOPLO CARDÍACO **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

ANEMIA O PROBLEMAS DE HEMORRAGIAS **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

TRANSFUSIÓN DE SANGRE **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

VIH **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA/MALIGNIDAD **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

QUIMIOTERAPIA **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

CONSTIPACIÓN QUE REQUIERA VISITAS MÉDICAS **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

INFECCIONES RECURRENTES DEL TRACTO URINARIO **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

RETINOBLASTOMA/CATARATAS CONGÉNITAS **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

CÁNCER **SÍ / NO / NO SÉ**
 EXPLIQUE: _____

HISTORIAL DEL(LA) NIÑO(A) (CONTINUACIÓN)

ENFERMEDAD RENAL O MALFORMACIONES UROLÓGICAS **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

MOJAR LA CAMA (DESPUÉS DE LOS 5 AÑOS) **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

PROBLEMAS DEL SUEÑO/RONQUIDOS **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

PROBLEMAS DE PIEL RECURRENTES O CRÓNICOS (ACNÉ, ECCEMA) **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

DOLORES DE CABEZA FRECUENTES **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

CONVULSIONES U OTROS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

OBESIDAD **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

DIABETES **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

TIROIDES U OTROS PROBLEMAS ENDOCRINOS **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

HIPERTENSIÓN **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

ANTECEDENTES DE CONCUSIONES/FRACTURAS/LESIONES GRAVES **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

USO DE ALCOHOL, TABACO U OTRAS DROGAS **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

TDAA/ANSIEDAD/DEPRESIÓN **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

RETRASO DEL DESARROLLO **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

CARIES **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

(PARA MUCHACHAS) EMBARAZO **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

(PARA MUCHACHAS) PROBLEMAS DE MENSTRUACIÓN **SÍ / NO / NO SÉ**

EXPLIQUE: _____

EDAD EN LA PRIMERA
MENSTRUACIÓN: _____

FIRMA DEL(LA) PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL PROVEEDOR: _____

FECHA: _____