



REGISTRO DE SALUD DEL NIÑO
CUESTION DE HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

Identificación del Paciente

- ¿Puede Ud. leer y escribir en inglés? Sí No
- ¿Necesita Ud. ayuda para llenar este formulario? Sí No

I. HISTORIA AMBIENTAL

- Agua Municipal Agua de Pozo Agua Embotellada
- Guardería Animales Domésticos Tóxicos o Químicos Extraños
- Humo de Tabaco en Casa Viaje Reciente

II. HISTORIA SOCIAL

- Edad del paciente: _____ Sexo: _____ Grado en la escuela: _____
- Padre: Casado Divorciado Separado Casado otra vez
- Edad del padre: _____ Profesión del padre: _____ Ultimo grado escolar terminado: _____
- Madre: Casada Divorciada Separada Casada otra vez
- Edad de la madre: _____ Profesión de la madre: _____ Ultimo grado escolar terminado: _____
- Edades de los hermanos: _____ Edades de las hermanas: _____
- ¿Quién es el responsable primario del paciente en casa? _____
- ¿Ha habido recientemente alguna tensión o cambio social en la familia? _____

III. HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

- Immunizaciones al día: Sí No Registro Disponible: Sí No

Por favor explique cualquier problema del niño en las siguientes áreas:

- Asma Infecciones del Oído Parálisis Cerebral
- Infección de la Vejiga/Riñón Diabetes Convulsiones
- Desarrollo Retrasado Trastorno de Aprendizaje Transfusión de Sangre
- Alergias _____ Problemas de Audición/Visión _____
- Hospitalizaciones/Operaciones _____
- Lesiones _____ Enfermedades Graves _____
- Problemas Escolares _____ Problemas de Comportamiento _____
- Medicamentos de hierbas o medicamentos sin receta médica _____
- Medicina Alternativa _____
- Quiropráctica Acupuntura Dolor Agudo/Crónico _____

Lista de medicamentos que está usando: _____

IV. ENFERMEDADES EN LA FAMILIA - Parentesco con el Paciente

- Abuso de Drogas _____ Enfermedad Cardíaca antes de los 50 años de edad _____
- Abuso de Alcohol _____ Problemas de Audición _____
- Abuso de Tabaco _____ Hipertensión Arterial _____
- Violencia Doméstica _____ Derrame Cerebral _____



REGISTRO DE SALUD DEL NIÑO
CUESTION DE HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

Identificación del Paciente

Epilepsia/convulsiones _____	Diabetes _____
Alergias _____	Asma _____
Defectos de Nacimiento _____	Cáncer _____
Problemas Renales _____	Trastornos de Aprendizaje _____
Enfermedad Mental _____	Cualquier enfermedad rara o heredada _____

V. HISTORIA DEL NACIMIENTO (si tiene menos de 5 años)

Complicaciones maternas Abuso materno de sustancias

Si contesta sí, explique:

Peso al nacimiento: _____ Longitud al nacimiento: _____

Problemas: _____

El/la paciente es adoptado/a ¿Dónde nació el/la paciente? _____

VI. EVALUACION FINANCIERA

¿Utiliza Ud. en la actualidad alguno de los siguientes recursos? Sí No

Si contesta sí, por favor indique cuales.

<input type="checkbox"/> AFDC	<input type="checkbox"/> ECI/Equipo del Niño	<input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos	<input type="checkbox"/> Enfermera Domiciliaria
<input type="checkbox"/> CIDC	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Otro _____

¿Tiene Ud. problemas para obtener los medicamentos de su niño? Sí No

¿Tiene Ud. problemas para ir a las citas de su médico? Sí No

¿Tiene Ud. una trabajadora social regular o un administrador de su caso? Sí No

VII. EVALUACION DE VALORES/CREENCIAS

Preferencia religiosa: _____

¿Tiene Ud. alguna creencia que pueda afectar la manera como cuidamos a su niño? (Por ejemplo, algunas personas rechazan productos o tratamientos de sangre porque ésto va contra sus creencias religiosas o culturales). Sí No

Explique:

Fecha: _____ Firma del Padre/Tutor: _____