**HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento_____

Nombre de la Madre: _____ Edad:_____

Ocupación:_____ correo electrónico:_____

Nombre del Padre:_____ Edad: _____

Ocupación:_____ correo electrónico:_____

**EMBARAZO Y PARTO**

1. ¿Dónde nacio el paciente? (Solo en recién nacidos) (Hospital/Ciudad)_____
2. ¿Qué doctor vio el paciente en el hospital? (Solamente en recién nacidos)_____
3. ¿Cuál fue el peso al nacer? _____ Medida_____
4. ¿A qué semana de embarazo nacio el paciente? _____
5. ¿Qué edad la madre tenía cuando nacio el paciente? _____
6. Alguna complicación durante el nacimiento:_____
7. ¿El paciente estubo en cuidado de intensive (NICU)? Si No

**HISTORIAL MÉDICO PASADO**

1.¿Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes enfermedades?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ADHD | Asma | Parálisis Cerebral | Eczema | |
| Alergias | Autismo | Depresión | Convulciones | Ningúna |
| Ansiedad | Desorden Bipolar | Retraso en el Desarrollo | Anemia Falciforme | |

Otra:_____

2. ¿Dónde su hijo(a) a sido previamente evaluado? _____
3. Su hijo(a) es alérgico a algun medicamento, alimento, vacuna o picadura de insecto? Si No
   Si la respuesta es si, a que y explique la reaccion_____
4. Lista de cualquier hospitalización, sin tener en cuenta la del nacimiento_____
5. Alguna cirugia que haya tenido su hij(a)? _____
6. Mencione los medicamentos que su hijo(a) toma de manera regular_____

**MEDIO AMBIENTE**

1. Agua Potable: Agua enbotellada Agua embotellada con floruro Agua de pozo Agua del grifo
2. ¿Hay algun fumador en la casa? Si No Si la respuesta es si: Fuma dentro de la casa o fuera de la casa
3. Mencione cualquier mascota dentro de la casa:_____ fuera de la casa:_____

**HISTORIA FAMILIAR** (Por favor coloque un X en el cuadro de cualquier miembro de la familia que tenga alguna de las siguientes enfermedades)

| | LADO DE LA MADRE | | | LADO DEL PADRE | | | HERMANOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Madre | Abuela | Abuelo | Padre | Abuela | Abuelo | Hermano | Hermana |
| ADHD | | | | | | | | |
| Alergias | | | | | | | | |
| Asma | | | | | | | | |
| Ansiedad | | | | | | | | |
| Autismo | | | | | | | | |
| Desorden Bipolar | | | | | | | | |
| Cáncer | | | | | | | | |
| Depresión | | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | | |
| Enfermedades del corazón | | | | | | | | |
| Presion alta | | | | | | | | |
| Colesterol alto | | | | | | | | |
| Anemia falciforme | | | | | | | | |
| Accidente cerebrovascular | | | | | | | | |
| Otras | | | | | | | | |