

**Sun City Pediatrics, P.A.**  
**Historial Médico del Paciente**

**Este Questionario Debe Ser Completado Por Los Padres/Persona Encargada**

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_      Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_      Edad del paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_      Fecha \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_      Numero de record \_\_\_\_\_

**A. EMBARAZO Y NACIMIENTO:**

1. Edad de la madre al nacer \_\_\_\_\_
2. ¿Tuvo la madre enfermedad en el embarazo? No      Sí  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_
3. ¿Algún medicamento en el embarazo? No      Sí  
 Si alguno, ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_
4. ¿Nació el bebé a tiempo? No      Sí
5. Peso del bebé al nacer \_\_\_\_\_
6. Medida del bebé al nacer \_\_\_\_\_
7. ¿Tuvo algún problema el bebé en el hospital? No      Sí  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**B. HISTORIA MÉDICA ANTERIOR:**

1. ¿Dónde ha llevado a su niño(a) para su exámen? \_\_\_\_\_
2. Fecha de su más reciente exámen médico \_\_\_\_\_
3. Fecha de su más reciente exámen dental \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido su niño(a) alguna reacción alérgica a algún medicamento, alimento, picadas de insectos? No      Sí  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_
5. ¿Ha tenido su niño(a) reacción alérgica a alguna vacuna? No      Sí  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha estado su niño(a) internado alguna vez? No      Sí  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de accidente? No      Sí  
 Explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Toma algún medicamento regularmente? No      Sí  
 ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**C. HISTORIA FAMILIAR:**

1. ¿Están los padres saludables? No      Sí
2. Circule cualquier enfermedad que los padres, abuelos, hermano(a)s o tío(a)s del niño(a) hayan tenido: anemia, asma, alergias, diabetes, alta presión, enfermedad del corazón, tuberculosis, enfermedad mental, uso de drogas, uso de alcohol, enfermedad venérea, enfermedad hereditaria, cáncer, SIDA, otros:

3. Anote edad, sexo y estado de salud de sus otros hijo(a)s:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. ¿Ha muerto alguno de sus hijo(a)s? No      Sí  
 Explique: \_\_\_\_\_

**D. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:**

1. ¿Tiene buén apetito su niño por lo general? No      Sí
2. ¿Tiene buén apetito ahora? No      Sí
3. Los primeros 6 meses del bebé, ¿alimentó con leche materna o fórmula? \_\_\_\_\_
4. Si usa fórmula, ¿Cual fórmula es? \_\_\_\_\_
5. ¿Toma vitaminas su niño(a)? No      Sí

**E. REVISIÓN DE SISTEMAS:**

1. ¿Ha tenido infecciones de oído frecuentes? No      Sí
2. ¿Problemas de visión? No      Sí
3. ¿Problemas dentales? No      Sí
4. ¿Catarros o infección de garganta frecuentes? No      Sí
5. ¿Asma, pulmonía o tos recurrente? No      Sí
6. ¿Problemas del corazón o soplos? No      Sí
7. ¿Problemas al orinar? No      Sí
8. ¿Diarrea o estreñimiento? No      Sí
9. ¿Convulsiones o problemas neurológicos? No      Sí
10. ¿Eczema, alergias o condiciones de la piel? No      Sí
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha tenido anemia? No      Sí
12. ¿Ha tenido su niño(a) varicelas? No      Sí
13. Explique algún otro problema médico: \_\_\_\_\_

**F. DESARROLLO:**

1. ¿A qué edad su niño(a) se sentó solo(a)? \_\_\_\_\_
2. ¿A qué edad su niño(a) caminó solo(a)? \_\_\_\_\_
3. ¿Dijo algunas palabras para cuando tenía 1½ años? No      Sí
4. ¿En que grado está? \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene su niño(a) problemas de lenguaje? No      Sí

**G. SEGURIDAD/AMBIENTE:**

1. ¿Vive en una casa, apartamento, "trailer", otro? Mencione cuál: \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene alarma de fuego en cada piso de su casa? No      Sí
3. Cuando guía su carro, siempre usa el asiento de seguridad del bebé o niño(a)? No      Sí
4. ¿Fuma alguien en la casa? No      Sí
5. Cuando su niño(a) corre la bicicleta, ¿siempre usa casco protector? No      Sí

**H. ¿TIENE UN REPORTE DE VACUNAS PARA SU NIÑO(A)?**

- No      Sí

Si lo tiene con usted, por favor preséntelo con esta forma y le tomaremos una copia para su expediente.

**I. ¿CUAL ES LA RAZÓN DE ESTA VISITA?**

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

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PADRE/PERSONA ENCARGADA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO/ASISTENTE (ANP)