

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____ Apodo: _____

Nombre del Pediatra y fecha de la última cita: _____

Estatura _____ Peso _____

- Su niño está actualmente siendo tratado por un médico? **SI** **NO**

Razón: _____

- ¿Está tomando su niño alguna medicina (recetada o sin receta), vitaminas, o suplementos dietéticos? **SI** **NO**

Nombre, dosis, frecuencia y fecha que empezó el medicamento:

- ¿Su niño ha sido hospitalizado, Ha tenido alguna cirugía o lesión grave, o ha sido tratado en el departamento de emergencias? **SI** **NO**

Apunte las fechas y descripción:

- ¿Su hijo a tenido alguna reacción adversa o problema con algún anestésico? **SI** **NO**

Apunte las fechas y descripción:

- ¿Ha tenido su niño alguna reacción o alergia a un antibiótico, sedativo, o algún medicamento? **SI** **NO**

Apunte las fechas y descripción:

- ¿Su hijo es alérgico a Látex o algo mas como metales, acrílicos o tintes? **SI** **NO**

Apunte las fechas y descripción:

- ¿Están actualizadas las vacunas contra enfermedades infantiles de su niño? **SI** **NO**

Por favor indique **SI**, si es que su niño tiene historia de alguna de las siguientes condiciones. Por cada **SI**, por favor haga nota y detalles al final de la lista. Por favor indique **NO**, si es que la condición no pertenece a su niño.

	SI	NO
Complicaciones antes o mediante el embarazo, prematuridad, defectos de nacimiento, síndromes, o condiciones heredados.		
Problemas con el crecimiento físico o desarrollo.		
Sinusitis, infección en las amígdalas o adenoides.		
Apnea de sueño/ronquidos, respiración bucal, o nauseas.		
Defecto de corazón congénito, murmullo/soplo en el corazón, fiebre reumático o enfermedad de corazón reumático.		
Latido Cardíaco Irregular, o alta presión.		
Asma, enfermedad de vía aérea reactiva, sibilancia, o problemas con la respiración.		
Fibrosis quística.		
Gripes o tos frecuente, neumonía.		
Exposición frecuente al humo de tabaco.		
Ictericia, Hepatitis, o problemas en el hígado.		
Enfermedad de reflujo de ácido, úlceras estomacales, o problemas intestinales.		
Intolerancia a la Lactosa, alergias a la comida, deficiencias de nutrición, o restricciones de dieta.		
Diarrea prolongada, Pérdida de peso sin intención, preocupación con el peso, o trastorno de comer.		
Problemas con la vejiga o los riñones.		
Artritis, escoliosis uso limitado de los brazos o piernas o problemas con los músculos/huesos/articulaciones.		
Rash/Urticaria, eczema, o problemas con la piel		
Danos de vista, auditivos, o del habla.		
Trastornos en el desarrollo, impedimento de aprendizaje, o discapacidad intelectual.		

	SI	NO
Parálisis cerebral, daño cerebral, epilepsia, o convulsiones.		
Autismo, o trastorno en el espectro de autismo,		
Dolores de cabeza frecuentes, migrañas, desmayos, o mareos		
Hidrocephalia, Shunt (desviación ventriculoperotneal, ventriculoatrial, o ventricuovenoso).		
Déficit de atención, , trastorno de hiperactividad, (ADD/ADHD)		
Problemas De comportamiento, emocional, comunicación, o psiquiatras.		
Abuso (físico, psicológico, emocional, o sexual) o negligencia		
Diabetes, hiperglicemia, o hipoglicemia		
Pubertad precoz, o problemas hormonales		
Problemas de tiroides o pituitaria		
Anemia, anemia o, rasgo depranocítica, o trastorno de sangre.		
Hemofilia, Mallugacion, o sangrado excesivo		
Transfusiones o recibe productos sanguinas		
Cáncer, tumores, otras malignidades, chemo-terapias, terapias de radiación, o trasplante de medula ósea o órganos.		
Mononucleosis, Tuberculosis (TB), escarlatina, Cytomegalovirus (CMV) Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), Enfermedad de Transmisión Sexual (STD) o Virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA)		
¿Alguna otra Historia médica de importancia acerca del niño que debe saber el doctor?		

Haga Nota o detalles aquí: