

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:**