



FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS DE PEDIATÍA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Persona quien está llenando este formulario: _____

Preguntas solo para niños menores de un año:

El doctor o la clínica en que fue atendido anteriormente:

La madre tuvo problemas durante el embarazo (presión alta, azúcar alto en la sangre, etc)?

Tomó la madre medicina, drogas, o fumaba cigarillos durante su embarazo? Si No

En caso afirmativo, sírvase indicar:

El niño nació en parto: Normal Cesaria Desconozco

La madre recibió antibióticos durante el parto? Si No Desconozco

Tuvo la madre la prueba de GBS positiva? Si No Desconozco

El niño toma: <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> el seno	El niño tuvo la vacuna contra la Hepatitis B en el Hospital? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconozco
---	---

El niño salió del hospital con su madre? Si No Desconozco

HISTORIA MÉDICA PARA TODOS LOS NIÑOS

El niño tiene todas las vacunas al día? Si No Desconozco

*Tiene los registros de vacunas? Si No Donde le pusieron las vacunas?

Cualquier historial de fiebre alta, ataque epiléptico, lloros y gritos excesivo después de las vacunas?
 Si No Desconozco

→ Por favor, escribe todas las alergias a la medicina o comida:

→ Por favor, escribe todas las medicinas que el niño toma todos los días:

Alguna vez fue el niño hospitalizado hasta el día siguiente? Si No

Si fue hospitalizado, por favor explica porque:

Alguna vez el niño tuvo cirugía? Si No Si tuvo cirugía por favor explica porque:

Tiene el niño algún problema médico (ejemplo: asma, alergias o Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)? Si No

Tiene alguna inquietud sobre el comortamiento o desarrollo del niño? Si No

En caso afirmativo, sírvase indicar:

(Continúa en el parte de atras ...)

HISTORIA SOCIAL:			
El niño vive en: <input type="checkbox"/> una casa <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> o casa móvil (trailer)			
Tiene la casa calefacción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Agua Potable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Por Favor, escribe todos los miembros que viven en la casa?	Nombre: _____	Edad: _____	Relación con el niño: _____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
El niño se ha mudado recientemente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta fue si, de donde?	
El niño vive o regularmente visita una casa que tenga más de 30 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Alguno de los padres tiene la custodia del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si No, ¿quién es?	
El padre o el apoderado del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Donde trabajan ellos o a que escuela asisten? Madre: Padre:			
El niño va a la guardería o tiene niñera cuida?			
Alguna persona que vive en la casa fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Alguna persona que regularmente cuida al niño fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Asiste el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Escriba el nombre de la escuela y el nivel:	
El niño ha perdido el año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cual nivel?	
Nació el niño fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Han viajado alguna vez fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Algún miembro de las familia o pariente cercano ha tenido tuberculosis (TB) o a tenido resultado positivo de TB en su piel? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Hay armas de fuego en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Están estas armas bajo llave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El niño viaja en asiento para niños? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Usa el niño cinturón de seguridad en el carro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Usted tiene alguna preocupación sobre le seguridad de su niño o su bienestar en su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
HISTORIA FAMILIAR:		Por favor encierre en un círculo cualquier respuesta que sea aplicable a los padres del niño, hermanos, tíos/tías, abuelos, o tatarabuelos.	
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Problemas con anesthesia <input type="checkbox"/> Defectos al nacer (como hueco en el corazón, espina bífida, syndrome de Down etc) <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque al corazón cuando tuvo menos de 50 años <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Desordenes sanguíneos (hemophilia, anemia de células falciformes, etc)		<input type="checkbox"/> Enfermedad al estomago (ulcera, colitis, enfermedad celiaca, etc) <input type="checkbox"/> Problemas con la tiroides <input type="checkbox"/> Ataque epiléptico <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (depression, ansiedad, bipolar, ADHD, etc) <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica (Lupus, arthritis reumática, etc) <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias estupefacientes (drogas o alcohol) <input type="checkbox"/> Los bebés en la familia morir pronto de SIDS o otros problemas <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Muerte súbita <input type="checkbox"/> Otros	
www.whitehouseclinics.com			