

Historia Clínica

Elaborada por _____

Fecha de elaboración de la historia _____

Nombres y Apellidos

Ficha de identificación

Fecha de nacimiento

Edad

M / F

Miembros de la familia

Enumere a todos los que viven en la casa de menor.

Nombres y apellidos	Parentesco con el menor	Fecha de nacimiento	Antecedentes médicos

¿Tiene hermanos que no mencionó antes? Si su respuesta es sí, haga una lista con los nombres, edades y el lugar dónde ellos viven.

¿Cuál es la situación legal del menor si no vive con ambos padres biológicos?

- Vive con padres adoptivos Tutela conjunta
 Tutela única Vive con una familia de acogida

Si uno de los padres no vive en casa, ¿con qué frecuencia ve el menor al padre que está viviendo fuera de casa?

Datos de identificación del paciente No lo sé

Peso al nacer _____ Embarazo normal _____ o _____ semanas

¿Hubieron complicaciones pre o neonatales?

Si No Explique _____

¿Estuvo el menor en una unidad de cuidados intensivos pediátricos UCIN?

Si No Explique _____

Durante el embarazo, la madre:

Fumó tabaco Si No Tomó alcohol Si No

Ingirió drogas o medicament Si No

Tomó vitaminas prenatales

¿Qué? _____ ¿Cuándo? _____

El parto fue:

Natural Cesaria ¿Cuál fue la razón? _____

¿Cómo fue la primera lactancia?

Biberón Pecho Duración de la lactancia: _____

¿Regresó el bebé a casa con la madre?

Si No Explique _____

Datos generales NS= No lo sé

¿Cree que su niño tiene una buena salud Si No NS Explique _____

¿Tiene su niño alguna enfermedad grave o condición seria? Si No NS Explique _____

¿Ha tenido su niño alguna cirugía? Si No NS Explique _____

¿Ha sido su hijo internado en un hospít Si No NS Explique _____

¿Es su hijo alérgico a medicamentos? Si No NS Explique _____

¿Considera que su familia tiene lo suficiente para comer? Si No NS Explique _____

Antecedentes familiares NS= No lo sé

Algún miembro de su familia ha padecido:

- Pérdida de la audición cuando niño Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Alergias Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Asma Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Tuberculosis Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad del corazón (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Colesterol Alto/ Toma medicamentos Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Anemia Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Trastorno sanguíneo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Caries dentales Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Cáncer (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad hepática Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Enfermedad renal Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Diabetes (antes de los 55 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Mojó la cama (después de los 10 años) Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Obesidad Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Epilepsia/Convulsiones Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Alcoholismo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Drogadicción Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Condiciones mentales/depresión Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Discapacidad del desarrollo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Problema del sistema inmune VIH o SIDA Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____
- Tabaquismo Si No NS ¿Quién? _____ Observaciones _____

Otros _____

Antecedentes del paciente NS= No lo sé

Su hijo, padece o alguna vez padeció:

- Varicela Si No NS ¿Cuándo? _____
- Frecuentes infecciones de oído Si No NS Explique _____
- Problemas de oído o de audición Si No NS Explique _____
- Alergias Si No NS Explique _____
- Problemas con los ojos o la visión Si No NS Explique _____
- Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía Si No NS Explique _____
- Problemas cardíacos o soplo cardíaco Si No NS Explique _____
- Anemia o trastornos sanguíneos Si No NS Explique _____
- Transfusión de sangre Si No NS Explique _____
- Suero intravenoso Si No NS Explique _____
- Trasplante de órganos Si No NS Explique _____
- Cáncer generalizado /medula ósea Si No NS Explique _____
- Quimioterapia Si No NS Explique _____
- Dolores abdominales frecuentes Si No NS Explique _____
- Estreñimiento que cause visitas al médico Si No NS Explique _____
- Infecciones urinarias frecuentes Si No NS Explique _____
- Cataratas/retinoblastoma Si No NS Explique _____
- Trastornos metabólicos o genéticos Si No NS Explique _____
- Enfermedad renal o mal formaciones urológicas Si No NS Explique _____
- Mojó la cama (después de los 5 años) Si No NS Explique _____
- Ronquidos Si No NS Explique _____
- Condiciones de la piel crónicas y recurrentes Si No NS Explique _____
- Dolores de cabeza frecuentes Si No NS Explique _____
- Convulsiones u otras condiciones neurológicas Si No NS Explique _____
- Obesidad Si No NS Explique _____
- Diabetes Si No NS Explique _____
- Tiroides o problemas endócrinos Si No NS Explique _____
- Presión alta Si No NS Explique _____
- Antecedentes de lesiones graves, fracturas, concusiones Si No NS Explique _____

Uso de drogas o alcohol Si No NS Explique _____

Uso de tabaco Si No NS Explique _____

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Si No NS Explique _____
ansiedad, cambios de conducta, depresión

Retraso en el desarrollo Si No NS Explique _____

Caries dentales Si No NS Explique _____

Antecedentes de violencia familiar Si No NS Explique _____

Enfermedades por transmisión sexual Si No NS Explique _____

Embarazo Si No NS Explique _____

En niñas: problemas menstruales Si No NS Explique _____

Ha tenido su periodo menstrual Si No Edad a la que inicio su periodo menstrual _____

Otros _____
