



Cuestionario de Historia Médica del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de hoy _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad Hoy _____
¿Tiene un registro de vacunas de este niño con usted hoy? _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre al nacimiento de su hijo _____ La madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? _____
¿Tomo otros medicamentos aparte de las vitaminas y de hierro? _____
¿Cuál hospital o centro de maternidad? _____ ¿Nació el bebé a tiempo? **Sí No**
¿Fue el nacimiento por CESÁREA o VAGINAL? Nombre de su ginecólogo _____
Pediatra _____ Peso de nacimiento? _____ Longitud _____
¿El bebé estuvo en la UCIN o tubo algún problema médico? _____
¿El bebé recibió la vacuna de Hepatitis B en el hospital? _____
Cualquier otro hecho importante _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

¿Los padres del niño, se encuentran en buena salud? **Sí No** _____
Indique cualquier enfermedad que los hermanos del niño, los padres, abuelos, tías, tíos, primo tienen: SIDA,
problemas de alcohol, alergias, asma, trastornos de la sangre, cáncer, diabetes,
problemas de drogas, epilepsia, problemas cardíacos, presión arterial alta,
el colesterol alto, enfermedad hereditaria, enfermedad renal, enfermedad hepática,
enfermedad pulmonar, el lupus, enfermedad mental, esclerosis múltiple, distrofia mus-
cular, SIDS, tuberculosis, enfermedades venéreas, otros. _____
Nombres de hermanos: Fecha de nacimiento: Sexo: General de Salud (Problemas):

¿Tiene un hermano/a fallecido? _____ En caso afirmativo, la causa de la muerte: _____

HISTORIA MÉDICA

¿Dónde ha ido a su hijo/a al doctor hasta ahora? _____
Fecha de última revisión _____ Fecha de la última revisión dental _____
¿Tiene reacción alérgica a algún medicamento, alimentos o picaduras de insectos? **Sí No** ¿Cuáles? _____
_____ ¿Su hijo ha tenido una mala reacción a las vacunas? **Sí No** ¿Cuáles? _____
¿Ha estado hospitalizado/cirugías, aparte de nacimiento? _____ ¿Qué razón? _____
¿Alguna enfermedad crónica? **Sí No** En caso afirmativo, indique _____
¿Algunas lesiones graves o fracturas de huesos? **Sí No** ¿Qué tipo? _____
¿Existen medicamentos que toma regularmente? **Sí No** ¿Cuáles? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Ha tenido infecciones de oído frecuentes? **Sí No** ¿Problemas de la visión? **Sí No**
¿Problemas de audición? **Sí No** ¿Resfriados frecuentes o dolor de garganta? **Sí No**



Cuestionario de Historia Médica del Paciente 2

¿Tiene un soplo en el corazón o cualquier otro problema de corazón? **S N** ¿Su niño ha sido anémico? **S N**
¿Problema con los riñones/vejiga/orinar? **Sí No** ¿Ha tenido problemas con los dientes? **Sí No**
¿Problema con diarrea o estreñimiento? **Sí No** ¿Eczema, urticaria/condiciones de la piel? **Sí No**
¿Tiene historial de alergias, asma, neumonía, bronquitis o tos recurrente? **Sí No**
¿Habido convulsiones o cualquier otro problema con el sistema nervioso? **Sí No**
¿Ha visto su hijo a un especialista? **Sí No** Si es así, ¿para qué? _____

SEGURIDAD DE MEDIO AMBIENTE

¿Conoce usted la más alta temperatura del agua en las tuberías? **Sí No**
¿Hay un detector de humo en cada piso de la casa? **Sí No**
¿Existe un extintor de incendios en el hogar? **Sí No**
¿Su hijo siempre usa un asiento de automóvil/cinturón de seguridad cuando en el coche? **Sí No**
¿Hay algún problema con la condición de su casa? (pintura pelada, insectos, ratas o ratones) **Sí No**
¿Su hijo siempre usa un casco al andar en bicicleta/patineta o otras actividades? **Sí No**
¿Hay mascotas en la casa? **Sí No** ¿Cuántos y de qué tipo? _____
¿Hay armas en la casa? **Sí No**
¿Hay una piscina ubicada en la casa? **Sí No**

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La nutrición actual: seno materno fórmula comidas de mesa
¿Los primeros 6 meses alimento a su bebe, pecho o leche de fórmula?
Si alimento con fórmula, ¿cuál? _____ ¿Cuántas onzas? _____
Si en la leche normal, ¿cuál? Entera 2% 1% ¿Cuánto al día? _____
¿Es bueno el apetito de su hijo? **Sí No**
¿Tubo cólicos severos o otro problema de alimentación durante los primeros tres meses? **Sí No**
¿Hay algún alimentos que no le caen bien? **Sí No**
¿Toma su hijo/a vitaminas? **Sí No**

DESARROLLO / COMPORTAMIENTO

(Responder solo si el niño es menor de 5 años)

¿A qué edad el niño se sentó solo? _____ ¿A qué edad camino solo/a? _____
¿Dijo alguna palabra antes de los 15 meses? _____ ¿Cómo es el comportamiento/desarrollo de este niño en comparación con otros de su edad? Igual Mas Adelantado Atrasado
¿A qué edad el niño se sentó solo? **Sí No** ¿Está el niño en una guardería? **Sí No**

(Responder solo si el niño es mayor de 5 años)

¿En qué grado esta su hijo/a? _____ Nombre de la escuela: _____
¿Ha tenido problemas con la escuela? **Sí No** ¿Se lleva bien con otros niños? **Sí No**
Si su hijo ha tenido alguno de los siguientes: morderse las uñas, chuparse el dedo, orinarse en la cama, mal humor, problemas aprendiendo a usar el baño, hiperactividad, pesadillas, problemas de lenguaje, problemas de disciplina, otros: _____