

**COMMUNITY CARE PEDIATRICS-SARATOGA
HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICA**

Nombre del niño		Fecha	/ /
El médico anterior del niño		Fecha de nacimiento	Edad
Alergias / Reacciones			
PRESENTES PREOCUPACIONES DE SALUD	MEDICAMENTOS / VITAMINAS	HIERBAS/REMEDIOS CASEROS	
EMBARAZO Y NACIMIENTO			
1.	Es este niño tu por: D Nacimiento D Adopción D Hijastro D Otro:		
2.	Problemas médicos durante el embarazo: D Ninguno D Especifique:		
3.	Parto: D Vaginal D Cesariano Si cesariano, por qué:		
4.	Peso de nacimiento:	Longitud de nacimiento:	
5.	Problemas médicos durante el período de recién nacido:		D Ninguno Si es prematuro, ¿cuánto?
	Otros problemas:		
NUTRICION Y ALIMENTACION			
1.	¿Amamanta a su niño? D No D Sí Cuanto tiempo?		
2.	¿Ha tenido su hijo algún problema alimentario inusual? D No D Sí Especifique:		
3.	Ingesta de leche ahora: Tipo D Leche de vaca (D sin-grasa D 1% D 2% D leche entera) D Leche de soja D Leche de arroz		
	Cantidad por día (Nota: 8 onzas están en 1 taza):		
SUEÑO			
	Horas por noche: Siestas (número y duración):		
	Problemas para dormir: D No D Sí, explique:		
DESARROLLO			
	¿A qué edad su hijo?	Sentarse solo:	Caminar solo: Decir palabras: ir al baño (durante el día):
	Sólo niñas: Edad en el primer período menstrual:		
HISTORIA DENTAL			
	Su niño va al dentista? D No D Sí		Con qué frecuencia: Fecha de la última visita:
INMUNIZACIONES / ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Por favor lleve los registros de vacunación de su hijo a su cita			
	Su niño tuvo varicela? D No D Sí		
EXPOSICIONES/HÁBITOS:			
	Alguna inquietud acerca de la exposición al plomo (pintura vieja de casa / plomería / peladura)? D No D Sí		
	¿Alguno de los miembros del hogar fuma? D No D Sí		
	Horas de TV por día:	Horas de computadoras por día:	Horas de videojuegos por día:
HISTORIA MÉDICA PASADA: describa los principales problemas médicos y sus fechas			
HISTORIA ADICIONAL: HOSPITALIZACIONES / OPERACIONES / HUESOS ROTOS / ESGUINCES SEVEROS (con fechas)			

HISTÓRIA SOCIAL		Lugar de nacimiento:	
¿Quién vive en casa?			
Nombre:	Edad:	Relación:	Nivel de Educación:
Nombre:	Edad:	Relación:	Nivel de Educación:
Nombre:	Edad:	Relación:	Nivel de Educación:
Nombre:	Edad:	Relación:	Nivel de Educación:
Nombre:	Edad:	Relación:	Nivel de Educación:
Son los padres del niño: D Casados D Solteros D Separados D Divorciados Si divorciados, cuando?			
Ocupación de los padres: Madre:		Padre:	
Cuidado de los niños: D Padres D Otror (especificuer quién y cuántas horas por día):			
Inquietudes acerca de su niño :D Uso de alcohol D Tabaco D Actividade sexual D Comportamiento agresivo			
Es la violencia en el hogar una preocupación: D No D Sí		¿Hay armas en el hogar? D No D Sí	
HISTORIA ESCOLAR	¿Su hijo asistió al preescolar? D No D Sí		Grado actual:
Nombre de la escuela:		¿Alguna preocupación sobre el rendimiento escolar?	
Preocupaciones acerca de las relaciones con: Maestros D No D Sí, explique: Estudiantes D No D Sí, explique:			
Si sobre 4 años de edad, su hijo tiene el mejor amigo? D No D Sí			
Deportes / ejercicios: Tipo:		Con qué frecuencia?	Cuanto tiempo (minutos):
REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE ÓRGANOS: si el niño tiene más de un síntoma en una línea, circular el uno (s) relevante			
Constitucional / Endocrino D Fiebre / escalofríos / sudoración excesiva D Pérdida / ganancia de peso inexplicable	Gastrointestinal D Náuseas / vómitos / diarrea D Estreñimiento D Sangre en las heces	Alergia D Fiebre del heno / picazón en los ojos	
Ojos D Ojos entrecerrados / "cruzados" / mirada asimétrica	Cardiovascular D Cansado fácilmente con el esfuerzo D Dificultad para respirar D Desmayo	Piel D Erupciones D Lunares inusuales	
Oídos / Nariz / Garganta D Voz inusualmente fuerte / con problemas de audición D Boca respirando / roncando D Mal aliento D Nariz que moquea frecuente D Problemas con los dientes / encías	Genitourinario D Orinarse en la cama D Dolor al orinar D Secreción: pene o vagina	Psiquiátrico D Problemas del habla D Ansiedad / estrés D Problemas con dormir / pesadillas D Depresión D Morderse las uñas / chuparse los dedos D Mal temperamento / retención de aliento / celos	
Respiratorio D Tos / sibilancia	Neurológico D Dolores de cabeza D Debilidad D Torpeza	Sangre / linfa D Chichónes inexplicables D Fácil aparición de hematomas / sangrado	
Muscular D Dolor muscular/articular			