

Children's Choice Pediatrics

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

QUESTIONARIO HISTORIAL DE LA FAMILIA

Por favor / SI o NO si alguien de la familia tiene o ah tenido alguna de las siguientes condiciones. En la 3ra columna anote que miembro de la familia tiene/tuvo esa condicion.

AAM=Abuela Materna AOM=Abuelo Materna AAP=Abuela Paterna AOP=Abuelo Paterno

T= Tio/a M=Mama P=Papa H=Hermano/a

CONDICION	SI	NO	Miembro de la Familia	CONDICION	SI	NO	Miembro de la Familia
Defectos de nacimiento				Problemas de oidos antes de 50 años			
Muerte de infante instantanea sin causa				Infecciones de oido que se repite			
Cancer				Enfermedad muscular			
Problemas de la tiroide				Enfermedad de espalda/cadera antes 50			
Diabetes				Enfermedad de Artritis/conyunturas 50			
Alergias/Catarro astmatico				Enfermedad del cerebro/ataques epilepticos			
Eczema/ronchas o granos				Desarrollo lento			
Asma				Aprendisaje lento			
Fibrosis cystica				Problemas emocionales/actitud			
Enfermedad del corazon antes de 50 años				Hiperactivo/Inatencion			
Colesterol alto				Infecciones transmitidas sexualmente			
Alta presion				Abuso de Drogas o Alcohol			
Enfermedades de la sangre				Sida/Tuberculosis/Hepatitis			
Anemia				Victima de Abuso Sexual			
Problemas del riñon/vejiga				Victima de Abuso Fisico			
Problemas del estomago/intestino				Mascotas En Casa			
Problemas de los ojos				Fumadores en Casa			

QUESTIONARIO MEDICO DEL NIÑO/A

PROBLEMAS DEL EMBARAZO	SI	NO	PROBLEMAS DEL EMBARAZO	SI	NO
Sangrado durante el embarazo			Tomaste alcohol		
Aumentaste 30 libras o mas			Abuso de drogas/cigarros		
Aumentaste 15 libras o menos			Parto Vaginal (V) o Cesaria (S)	S	V
Tuviste que tomar medicamentos			Problemas en el parto		
Te lastimaste o heriste			Usaste Dragas (ilegales)		

Alguna Otra Complicacion con el Embarazo: _____

Que Hospital Nacio: _____

Semanas de gestacion: _____

Peso al nacer: _____ Lbs. _____ Oz.

Estatura: _____ In.

PROBLEMAS AL NACER/INFANTE	SI	NO	PROBLEMAS AL NACER/INFANTE	SI	NO
Tuvo dificultad para respirar			Tomo algun medicamento		
Necesito Oxigeno/se puso azul			Le dieron Convulsiones		
Se puso Amarillo (Jaundice)			Fue muy Tembloroso		
Embarazo Multiple			Problemas de Alimento/Vomito		
Tuvo Infeccion			Defectos de Nacimientos		
			Estuvo en el Hospital por mas de 7 dias		

Algun otro problema al nacer/infante: _____

PROBLEMAS DE SALUD	SI	NO	PROBLEMAS DE SALUD	SI	NO
Alergias/Sensibilidades			Problemas Urinario o Del Riñon		
Irritaciones/Problemas de la Piel			Problemas del Colon		
Infecciones de Oido			Aumento de Peso Muy Lento		
Dificultades al Oir			Anemia		
Dificultades con Los Ojos/Vision			Envenenamiento O Sobredosis		
Epilepcia/Convulsiones o Desmayos			Heridas Serias		
Meningitis			Hospitalizaciones		
Sinusitis			Sirugias/Operaciones		
Pneumonia			Las Vacunas Estan Al Corriente		
Asma/Tos Cronica			Problemas del Corazon		

Alguna Otra Enfermedad o Trastorno: _____

Si contesto "SI" Explique: _____

Que Medicina Esta Tomando: _____

Alergias (comida, medicina, otra): _____

Firma del Doctor: _____

Date: _____