



## HISTORIA MEDICA

Fecha:	Nombre del Paciente:	Edad:
Razon de su visita:		
Pediatra del Paciente:	Doctor que lo Refirio:	

Embarazo completo, Prematuro , o Semanas de gestacion:	Peso al Nacimiento:
Complicaciones durante el embarazo o parto?	

Nombra todas las personas que viven en su casa:
En que grado de escuela esta su nino(a) y cuales son sus grados:

<b>VACUNAS:</b> Tiene todas sus vacunas al dia? Si o No	Ultima fecha de sus vacunas:
<b>MEDICAMENTOS:</b> Liste los medicamentos que su nino(a) esta tomando, incluyendo recetas o medicinas regulares	
<b>ALERGIAS:</b> Alergias a los medicamentos? Alergias a los alimentos u otro tipo de alergia? Reacciones?	

**HISTORIA MEDICA:** (Liste las hospitalizaciones, cirugias y enfermedades graves)

---



---



---



---

**Marquee si su nino(a) ha tenido o tiene historia de:**

<b>GENERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Intolerancia al ejercicio</li> <li><input type="radio"/> Suda mucho</li> <li><input type="radio"/> Se cansa cuando toma pecho o tetero</li> <li><input type="radio"/> Su cara cambia de color o se pone azul</li> <li><input type="radio"/> Ninguno</li> </ul>
<b>NEUROLOGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Convulsiones</li> <li><input type="radio"/> Dolores de cabeza frecuentes</li> <li><input type="radio"/> Mareos o desmayos</li> <li><input type="radio"/> Ninguno</li> </ul>

<b>OJOS, OIDOS, NARIZ Y GARGANTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problemas de vision</li> <li>○ Uso de lentes correctives</li> <li>○ Infecciones frecuentes del oido, sinusitis, o garganta</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>
<b>PULMONAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene silbidos o tos cronica</li> <li>○ Neumonia frecuente</li> <li>○ Falta de respiracion con actividad minima</li> <li>○ Dificultad para respirar o respirar rapido</li> <li>○ Asthma</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>
<b>CARDIACO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolor de pecho cuando hace ejercicio</li> <li>○ Latidos rapidos del corazon/palpitaciones</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>
<b>GASTROINTESTINAL/ GENITOURINARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nausea reciente o frecuente vomito</li> <li>○ Frecuente diarrea</li> <li>○ Frecuentes infecciones de las vias urinarias</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>
<b>HEMATOLOGIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hace moretones facilmente</li> <li>○ Sangrado anormal</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>
<b>MUSCULO-ESQUELETICO/ PIEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frecuente dolor de huesos e inflamacion</li> <li>○ Trauma reciente (golpes)</li> <li>○ Salpullido o ronchas</li> <li>○ Cambios de coloracion de la piel</li> <li>○ Ninguno</li> </ul>

**HISTORIA DE LA FAMILIA:**

- Bebes que nacieron con problemas del corazon o ninos que tuvieron cirugia del corazon
- Muerte inesperada de ninos jovenes o adultos de 20 a 30 anos
- Marcapasos en ninos jovenes o adultos de 20 a 30 anos
- Ataques de corazon o hipertension antes de 50 anos
- Cualquier tipo de arritmia cardiaca en la familia
- Alguno de estos Sindromes: Wolff-Parkinson-White, Long QT, Romano-Ward, Williams, Marfan o DiGeorge
- Sordomudo (congenita)
- Ninguno

\_\_\_\_\_  
 Signatura del Padre

\_\_\_\_\_  
 Fecha