



# MISSION EAST DALLAS

## FAMILY HEALTH CLINIC

### HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA (De 0 a 18 años de edad)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de  
Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(Día/Mes/Año)

#### I. RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Marque Sí o No y llene los espacios en blanco):

Sí	No	Preguntas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dónde nació su hijo(a)? _____ ¿Si no en los Estados Unidos, Donde? _____ (Hospital)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hubo algún problema durante su embarazo? Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El parto fue vaginal o por cesárea? ¿Hubo algún problema? Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) nació prematuro(a)? Si la respuesta es afirmativa ¿Hubo algún problema? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el peso de nacimiento de su hijo(a)? _____ ¿Medida de estatura al nacer? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) ha tenido un médico de atención primaria previamente? _____ Fecha del último chequeo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) tiene un dentista? _____ Fecha del último chequeo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) actualmente está tomando algún medicamento? Mencione cual: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) tiene alguna alergia a medicamentos? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) tiene alguna alergia alimentaria? Mencione a cuál: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo(a) alguna vez ha sido hospitalizado(a)? ¿Por qué? _____ ¿Dónde? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo (a) ha tenido alguna lesión seria? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo (a) ha tenido alguna cirugía? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

#### II. ¿SU HIJO(A) HA TENIDO O ACTUALMENTE TIENE PROBLEMAS EN ESTAS ZONAS? (Marque Sí o No):

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
----	----	-----------	----	----	-----------

		Cabeza			Riñón/Vejiga
		Ojos			Pulmones/Asma/bronquitis/neumonía
		Oídos/nariz/garganta			Huesos/músculos/articulaciones
		Corazón/soplo cardiaco/presión arterial alta			Anemia
		Estómago/estreñimiento			Piel/irritación
		¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?			¿Utiliza puentes/placas/aparatos dentales?

**III. ¿SU HIJO(A) HA PRESENTADO O ACTUALMENTE PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (Marque Sí o No):**

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		Hepatitis			Diabetes
		Varicela			Tuvo una convulsión
		Asma, urticaria, eccema o fiebre del heno			Anemia
		¿Se ha sentido mareado o se ha desmayado mientras hacía ejercicios o luego de hacer ejercicios?			¿Ha quedado inconsciente/tuvo una conmoción cerebral?

**IV. ¿SU HIJO(A) HA TENIDO O PRESENTADO O ACTUALMENTE TIENE O PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (Marque Sí o No):**

Sí	No	N/A	Preguntas	Sí	No	N/A	Preguntas
			Problemas para caminar				¿Le dio de lactar cuando era niño? ¿Por cuánto tiempo?
			Problemas en el entrenamiento para el uso del baño				Problemas relacionados con la dieta
			Problemas de cólicos				Realiza o ha realizado alguna dieta especial
			Problemas en la escuela				Asistió a una escuela o a clases especiales
			Problemas de sueño				Pesadillas
			Problemas de mojar la cama				Problemas de disciplina o conducta
			Problemas de morderse las uñas				Alguna vez ha consultado a un psicólogo
			Problemas de peso/altura				Utiliza Profesor o Terapeuta del habla

**V. ANTECEDENTES FAMILIARES (Maque Sí o No y llene los espacios en blanco, utilice el otro lado si es necesario):**

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		¿Hay algún(a) fumador(a) en casa?			Hermano(as) ¿Cuántos?: _____
		Problemas de salud del padre: _____			Problemas de salud de los(las) hermanos(as): _____
		Problemas de salud de la madre: _____			

**VI. ¿ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE? (Marque Sí o No): Mencione a los familiares si la respuesta es Afirmativa:**

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
----	----	-----------	----	----	-----------

		Diabetes: ¿Quien? _____			Convulsiones: ¿Quien? _____
		Alergias: ¿Quien? _____			Enfermedad cardiaca: ¿Quien? _____
		TB: ¿Quien? _____			Cáncer: ¿Quien? _____
		VIH: ¿Quien? _____			Hepatitis: ¿Quien? _____
		Problemas de salud mental: Quien? _____			

### VII. SOLO PARA MUJERES (Marque Sí o No) DE 10 AÑOS DE EDAD A MÁS

Sí	No	Preguntas	Sí	No	Preguntas
		¿A qué edad su hija empezó su primer período? _____			¿Su hija está tomando anticonceptivos? ¿Tipo de anticonceptivo? _____
		¿Su hija tiene períodos menstruales difíciles?			

Sí	No	Preguntas
		¿Usted o su hijo(a) ha sido expuesto a violencia/abuso doméstico?
		¿Su hijo(a) tiene alguna otra enfermedad o afección médica que NO se menciona en este formulario? De ser así, sírvase explicar: _____
		¿Si usted se ha mudado a esta área el año pasado, dónde vivía su hijo(a) antes de venir a esta área? ¿Cuándo se mudó a aquí? _____
		¿Usted tiene algún factor religioso, cultural o algún otro que pueda influenciar la atención médica de su hijo(a)? De ser así, sírvase explicar: _____
		¿Algún comentario especial sobre su hijo(a)? _____

A mi leal saber y entender, Yo he respondido todas las preguntas en su totalidad y de manera correcta. Yo le informaré a mi proveedor de cualquier cambio en la salud de mi hijo(a) o medicamentos.

Firma del Paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_