



# Historia Médica

**Nombre del Paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alergia a algun medicamento? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿A cuáles?

\_\_\_\_\_

¿Hubo problemas durante el embarazo o parto? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Descríbalos:

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) nació prematuro? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) nació o fue inmunizado fuera de los EEUU? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿ Dónde?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Para qué?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica? \_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se lastimó seriamente alguna vez? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Descríbalo:

\_\_\_\_\_

¿Hay alguien en casa que fuma? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Su hijo(a) ha estado recibiendo alguna medicina o algún tratamiento por más que un mes? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## En algún momento su hijo padeció de:

\_\_\_ ADHD/ADD problemas de comportamiento \_\_\_ Alergias/"fiebre de heno" \_\_\_ Asma \_\_\_ Defectos de Nacimiento

\_\_\_ Problemas de Vejiga o Riñones \_\_\_ Fractura \_\_\_ Cancer \_\_\_ Varicela \_\_\_ Autismo \_\_\_ Depresión/Ansiedad

\_\_\_ Eczema \_\_\_ Problemas de Audición \_\_\_ Problemas de Corazón \_\_\_ Hepatitis \_\_\_ Dificultades de Aprendizaje

\_\_\_ Meningitis \_\_\_ Obesidad \_\_\_ Neumonía \_\_\_ Convulsiones/Epilepsia

\_\_\_ Enfermedad de Tuberculosis/expuesto a Tuberculosis \_\_\_ Problemas de Visión

## Los padres o Hermanos del paciente han padecido de:

\_\_\_ ADHD/ADD problemas de comportamiento \_\_\_ Alergias/"fiebre de heno" \_\_\_ Asma \_\_\_ Defectos de Nacimiento

\_\_\_ Problemas de Vejiga o Riñones \_\_\_ Fractura \_\_\_ Cancer \_\_\_ Varicela \_\_\_ Autismo \_\_\_ Depresión/Ansiedad

\_\_\_ Eczema \_\_\_ Problemas de Audición \_\_\_ Problemas de Corazón \_\_\_ Hepatitis \_\_\_ Dificultades de Aprendizaje

\_\_\_ Meningitis \_\_\_ Obesidad \_\_\_ Neumonía \_\_\_ Convulsiones/Epilepsia \_\_\_ Problemas de Visión \_\_\_ Presión Alta

\_\_\_ Enfermedad de Tuberculosis/expuesto a Tuberculosis \_\_\_ Fumar en Casa

**¿Hay algo más que quisiera compartir acerca de la salud de su hijo(a)?:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

**Nombre (en  
Imprenta)** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Rev Aug 2024