

# ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE HISTORIAL MEDICO PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_

Otros médicos que participan en mi cuidado: \_\_\_\_\_

Salud en general (marque con un círculo):      Excelente      Buena      Razonable      Mala

## HISTORIA DEL NACIMIENTO:

### COMENTARIOS

- |   |                             |                             |       |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| ¿Tuvo alguna enfermedad o problemas de salud durante el embarazo?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |       |
| ¿Tuvo algún problema con el parto?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Nació antes de plazo su bebé?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿El bebé tuvo problemas justo después de nacer?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Hubo algún problema en la primera semana de vida?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿El bebé tuvo que quedarse en el hospital cuando la madre fue a su casa?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Usó usted drogas, alcohol o tabaco durante el embarazo?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Tuvo usted alguna dificultad para amamantarlo?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Tiene antecedentes de haber tenido un parto de nalgas?   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Su bebé recibió la vacuna contra la hepatitis B antes del alta?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Su bebé recibió la inyección de vitamina K?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Su bebé, pasó bien la prueba de audición?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Pasó bien la prueba para detectar problemas cardíacos congénitos?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | _____ |
| ¿Método de parto? <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea      Si fue cesárea, por qué razón: _____ |                             |                             |       |
| Peso al nacer: _____ lbs _____ oz      Estatura(largo): _____ pulgadas      Edad gestacional: _____ semanas                   |                             |                             |       |

## HISTORIA MÉDICA:

- |                             |                          |                                  |                          |  |                          |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| ADD/ADHD                    | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco                   | <input type="checkbox"/> | Pulmonía                               | <input type="checkbox"/> |
| Alergias                    | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA                         | <input type="checkbox"/> | Escoliosis                             | <input type="checkbox"/> |
| Asma                        | <input type="checkbox"/> | Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> | Ataques                                | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer                      | <input type="checkbox"/> | Ictericia                        | <input type="checkbox"/> | Anemia de células falciformes          | <input type="checkbox"/> |
| Encefalopatía crónica       | <input type="checkbox"/> | Exposición al plomo              | <input type="checkbox"/> | Faringitis estreptocócica (recurrente) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus           | <input type="checkbox"/> | Meningitis                       | <input type="checkbox"/> | Infecciones del tracto urinario (UTI)  | <input type="checkbox"/> |
| Eczema                      | <input type="checkbox"/> | Obesidad                         | <input type="checkbox"/> | Varicela                               | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza           | <input type="checkbox"/> | Otitis media                     | <input type="checkbox"/> | Problemas de la visión                 | <input type="checkbox"/> |
| Déficit auditivo            | <input type="checkbox"/> | MRSA                             | <input type="checkbox"/> | Problemas dentales                     | <input type="checkbox"/> |
| Otra historia médica: _____ |                          |                                  |                          |  |                          |

## HISTORIA QUIRÚRGICA:

- |                                 |                          |                                |                          |                                  |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Adenoidectomía                  | <input type="checkbox"/> | Implante de tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> | Biopsia de ganglio linfático     | <input type="checkbox"/> |
| Apendectomía                    | <input type="checkbox"/> | Gastrostomía                   | <input type="checkbox"/> | Tonsilectomía                    | <input type="checkbox"/> |
| Labio leporino                  | <input type="checkbox"/> | Cirugía cardíaca               | <input type="checkbox"/> | Hernia umbilical                 | <input type="checkbox"/> |
| Fisura palatina                 | <input type="checkbox"/> | Hernia inguinal                | <input type="checkbox"/> | Derivación ventrículooperitoneal | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía dental                  | <input type="checkbox"/> |                                |                          |                                  |                          |
| Otra historia quirúrgica: _____ |                          |                                |                          |                                  |                          |

Patient Identification



**PeaceHealth**

SYS1064-S (03/23/16)

PeaceHealth Medical Group

**Pediatric Periodic Health History Update - Spanish**

Page 1 of 2



Clinic History

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Parentesco	Nombre	Sin problemas detectados	Abuso de alcohol	Artritis	Asma	Defectos de nacimiento	Cáncer	COPD	Depresión	Diabetes	Abuso de drogas	Murió joven	Pérdida de la audición	Enfermedad cardíaca	Colesterol elevado	Alta presión arterial	Enfermedad renal	Dificultad de aprendizaje	Enfermedad mental	Problemas de desarrollo	Abortos naturales	Derrame cerebral	Pérdida de la visión	Migrañas	Otra
<b>Madre</b>																									
<b>Padre</b>																									
<b>Hermana</b>																									
<b>Hermana</b>																									
<b>Hermano</b>																									
<b>Hermano</b>																									

¿Fue adoptado este niño/a?  No  Sí

Historia familiar desconocida

## HISTORIA SOCIAL:

Por favor mencione todas las personas que viven en el hogar del niño/a

Nombre	Su parentesco	Fecha de nacimiento	Problemas de salud	Profesión

¿Hay hermanos no mencionados? Si es así, por favor indique sus nombres, edades, y donde viven: \_\_\_\_\_

Si los padres no están viviendo juntos, o el niño no vive con los padres, ¿cuál es el estado de la custodia del niño? \_\_\_\_\_

Si uno o ambos padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia él/ella ve a los padre/padres en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el paciente ha usado cigarrillos o tabaco?  No  Sí

Si respondió sí, cantidad por día \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que fuma en la casa?  No  Sí

¿Está expuesto al humo de “segunda mano” el paciente?  No  Sí

¿Hay algo que debiéramos saber sobre su familia, su hijo(a), o la situación social, escolar, o de vida? \_\_\_\_\_

Patient Identification

SYS1064-S (03/23/16)