

Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M F (circule)
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente:: _____	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otros idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ VIH/SIDA No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Intentos Suicidas/Problemas Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad del Corazón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Presión alta/Derrame No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Colesterol Alto No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell" No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Convulsiones No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Alergias/Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Desórdenes Mentales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Cáncer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Defectos de Nacimiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Pérdida de Audición No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de habla No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedades Renales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Abuso de Alcohol/ Droga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Enfermedad de la Tiroide No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____ Violencia Doméstica Otras: _____		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ Asma No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Varicela (año) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes de oído No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas de la Piel/Eczema No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Asma/Alergias No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> TB/Enfermedad del Pulmón No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Alta No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón/Defectos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del Hígado No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Diabetes No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Vejiga No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Físicos o de Aprendizaje No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Enfermedades Transmitidas Sexualmente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Comportamiento No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Depresión/Pensamientos Suicidas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones/Cirugías No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas en las Coyunturas/Huesos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Obesidad/Trastornos Alimenticios No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Otras: _____ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____	