HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

La Fecha de Hoy:_____

INFORMACION PERSONAL

PACIENTE

Primer Nombre: _____
(Primer Nombre LEGAL)

Apellido: _____
(Apellido LEGAL)

Fecha de Nacimiento: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

PERSONA QUE COMPLETARÁ ESTE FORMULARIO

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación con el Paciente:_____

MEDICAMENTOS

Por favor enumere todos los medicamentos que su hijo se prescribe habitualmente y toma. Por favor, incluya el nombre, la fuerza y la dosis de cada medicamento.

_____

_____

_____

_____

ALERGIAS

Por favor enumere las alergias que tiene su niño:

MEDICINA

_____

_____

_____

COMIDA

_____

_____

_____

OTRO

_____

_____

_____

_____

HISTORIAL DE SALUD

EMBARAZO Y NACIMIENTO

¿Cuál fue el peso al nacer de su hijo? _____

Por favor marque *SÍ* o *NO* para las siguientes preguntas:

	SÍ	NO
¿Nació su hijo prematuramente?	☐	☐
¿Tuvo complicación durante su nacimiento?	☐	☐
¿Durante el embarazo, la madre fue recetado algún medicamento?	☐	☐
¿Durante el embarazo, la madre no beber alcohol o usa drogas?	☐	☐

Si la respuesta ha sido afirmativa en cualquiera de los anteriores, por favor explique:

_____

_____

ENFERMEDAD O LESIONES
(Marque si su niño ha tenido)

☐ ADHD ☐ Cáncer/Tumores

☐ Asma ☐ Convulsiones

☐ Diabetes ☐ Huesos Rotos o Fracturados

☐ Eczema ☐ Problemas de Riñón o Vejiga

☐ Fractura craneal/Conmoción cerebral

☐ Infecciones de oído, tres veces o más

☐ Problemas al corazón/Soplo del corazón

☐ Otro: _____

HOSPITALIZACIONES

Fecha	Razón
_____	_____
_____	_____

CIRUGÍAS

Fecha	Razón
_____	_____
_____	_____

OTROS MÉDICOS O DENTISTAS VISTOS ANTERIORMENTE

Fecha	Razón
_____	_____
_____	_____

HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

HISTORIA SOCIAL

Por favor, una lista de todos los que residen en el mismo hogar y su relación con el niño:

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿No hay Hermanos lista anterior? Si es así, por favor indique sus nombres, edades y en el que viven:

_____

_____

Si uno o ambos padres no residen en el mismo hogar que el niño, ¿cuál es la situación de vida?

☐ Custodia Compartida ☐ Viva con los padres adoptivos

☐ Custodia Individual ☐ Vive con los padres de crianza

☐ Otro: _____

Si uno o ambos padres son no residen en el mismo hogar que el paciente, ¿con qué frecuencia el niño a ver al padre (s) no en la misma casa?

_____

_____

¿Tienen mascotas?

☐ Gato ☐ Perro ☐ Reptil ☐ Otro:_____

Por favor marque *SÍ* o *NO* para las siguientes preguntas:

	SÍ	NO
¿Se han producido importantes cambios en la familia en el último año?	☐	☐
¿Los padres son divorciados/separados?	☐	☐
¿El niño tiene un padrastro?	☐	☐
¿Tiene un padre o hermano que ha fallecidó?	☐	☐
¿Alguno de los padres se ha tratado por abuso de substancias (drogas)?	☐	☐
¿Tiene detectores de humo en casa que NO funcionan correctamente?	☐	☐

Si la respuesta ha sido afirmativa en cualquiera de los anteriores, por favor explique:

_____

_____

HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA

Para las condiciones de salud y diagnóstico 'abajo, por favor indicar cualquiera de la siguiente relación: papá, mamá, hermanas, hermanos, abuelos, tíos y primos hermanos. Asimismo, indique si la condición es en la paterna (padre) o materno (madre) lado de la familia.

	Padre	Madre
___ Alcoholismo	_____	_____
___ Anemia/Recuento Sanguíneo Bajo	_____	_____
___ Artritis/Lupus	_____	_____
___ Asma	_____	_____
___ Defectos Congénitos	_____	_____
___ Cáncer o Tumores	_____	_____
___ Sordera/Ceguera	_____	_____
___ Diabetes	_____	_____
___ Eczema	_____	_____
___ Enfermedad Cardíaca	_____	_____
___ Alta Presion Sanguinea	_____	_____
___ Colesterol Alto	_____	_____
___ VIH/SIDA	_____	_____
___ Enfermedad del Riñón	_____	_____
___ Enfermedad Mental	_____	_____
___ Convulsiones	_____	_____
___ Suicidio/Muerte Violenta	_____	_____
___ Tuberculosis	_____	_____
___ Problemas de Tiroides	_____	_____
___ Otro: _____	_____	_____

LA ESCUELA

Por favor marque *SÍ* o *NO* para las siguientes preguntas:

	SÍ	NO
¿Tiene su hijo dificultades de aprendizaje?	☐	☐
¿Tiene dificultades de comportamiento en la escuela?	☐	☐
¿Su hijo tiene dificultades para socializar (Tiene amigos con facilidad)?	☐	☐

Si la respuesta ha sido afirmativa en cualquiera de los anteriores, por favor explique:

_____

_____

_____