

PEDIATRIC MEDICINE, P.A.

REBECCA ROCHA-DAVIS, M.D.  
KAREN L. GIBBONS, M.D.

MICHAEL OZR, M.D.  
DAVID M. ROSS, M.D.

HOJA DE LA HISTORIA

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

PROBLEMAS ACTUALES/PREOCUPACIONES:

---

---

---

---

HISTORIA PASADA:

HOSPITALIZACIONES / CIRUGÍA , FECHA Y DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

---

MEDICACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

COMPROBAR SI EL NIÑO TIENE:

Varicela,  
Sarampión  
Amigdalitis recurrente ,  
Infecciones del oído

ASMA  
Hepatitis  
Infeccion urinaria  
Neumonia

Problemas en la escuela  
Convulsion Febril  
RSV  
Las alergias a los alimentos

HISTORIA DE NACIMIENTO:

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ ALIMENTACIÓN: BOTELLA \_\_\_\_\_ LACTANCIA MATERNA \_\_\_\_\_

PROBLEMAS como un recién nacido: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS EN EL EMBARAZO O ENTREGA \_\_\_\_\_

Fumar durante el embarazo ? \_\_\_\_\_

Alcohol durante el embarazo ? \_\_\_\_\_

Medicamentos durante el embarazo ? \_\_\_\_\_

CRECIMIENTO Y DESARROLLO :

Edad a la que se incorporó ? \_\_\_\_\_ Caminaba solo ? \_\_\_\_\_ HABLÓ SINGE PALABRA \_\_\_\_\_ HABLÓ EN SENTENCIAS \_\_\_\_\_

ESCUELA DE GRADO: \_\_\_\_\_ Problemas o preocupaciones ? \_\_\_\_\_

¿ALGUIEN FUME EN EL HOGAR ? \_\_\_\_\_ ¿TIENE EL NIÑO asistir a la guardería ? \_\_\_\_\_

Idiomas que se hablan en el hogar? \_\_\_\_\_

---

## HISTORIA FAMILIAR:

MADRE EDAD \_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE SALUD \_\_\_\_\_

PADRE EDAD \_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE SALUD \_\_\_\_\_

EDAD DE HERMANOS GÉNERO \_\_\_\_\_ PROBLEMAS \_\_\_\_\_

GÉNERO \_\_\_\_\_ PROBLEMAS \_\_\_\_\_

GÉNERO \_\_\_\_\_ PROBLEMAS \_\_\_\_\_

GÉNERO \_\_\_\_\_ PROBLEMAS \_\_\_\_\_

SON ESTOS PADRES AMBOS biológico natural ? SI NO POR FAVOR EXPLIQUE : \_\_\_\_\_

Han muerto algún hermano/a \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**MARKE SI ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES** ocurridos en familiares cercanos . Si se marca, **POR FAVOR INDICAR QUE FAMILIAR Y DE BREVA explicación :**

\_\_\_\_\_ INFARTO / ENFERMEDAD EN ESOS MENOS DE 45 AÑOS DE EDAD . \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CÁNCER \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Asma / alergias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ENFERMEDAD RENAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ fibrosis quística \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ distrofia muscular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TRASTORNOS DE LA SANGRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SORDERA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RETRASO MENTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Depresión / otros problemas psiquiátricos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ HEPATITIS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ A.D.H.D./A.D.D. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ OTROS PROBLEMAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ INFORMACIÓN ADICIONAL \_\_\_\_\_

---

---

