

Historia Clínica del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha _____

- | | |
|--|---|
| <p>1. Madre del paciente tuvo alguna enfermedad otros problemas durante el embarazo?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>2. Nació el niño(a) en o cerca de 9 meses?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>3. Cuánto peso el niño(a) al nacer? _____</p> <p>4. Tuvo el niño(a) alguna dificultad para comenzar a respirar al nacer?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>5. Tuvo el niño(a) algún problema en el hospital?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>6. Tuvo el niño(a) algo malo con el(lla) cuando dejó el hospital?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>7. El niño(a) se sienta, camina, habla, al mismo tiempo que los demás
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>8. Ha sido niño alguna vez de vuelta en el hospital desde su nacimiento?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>9. Ha tenido el niño(a) alguna lesión grave?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>10. Ha tenido el niño(a) alguna operación?
 Cirugías? Sí No </p> <p>11. Es el niño(a) alérgico o ha tenido una reacción a algún medicamento o inyecciones?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>12. El niño(a) tiene o ha tenido eczema?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>13. Su niño(a) está tomando medicamento?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>14. Alguna vez el niño(a) ha comido pintura o yeso?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>15. El niño(a) ve bien?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>16. Alguna vez el niño(a) ha cruzado los ojos?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>17. El niño(a) oye bien?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>18. El niño(a) habla bien para su edad?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>19. El niño(a) ha tenido más de 3 infecciones de oído?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>20. El niño(a) ha tenido alguna vez problemas de corazón o fiebre reumática?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> | <p>21. El niño(a) ha tenido alguna vez sibilancias o asma?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>22. El niño(a) tener vómitos, diarrea, o el estreñimiento frecuente?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>23. El niño(a) tiene algún problema para orinar?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>24. El niño(a) ha tenido alguna vez una infección renal o infección de orina?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>25. El niño(a) ha tenido alguna vez un ataque o convulsión?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>26. El niño(a) se lleva bien con otros niños?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>27. El niño(a) tiene genio o ataques de llanto frecuentes?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>28. Es el niño(a) demasiado activo o inusualmente tranquilo(a)?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>29. El niño(a) tiene dificultad para dormir?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>30. El niño(a) tiene algún problema dental?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>31. Está su niño(a) al día con las vacunas?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>32. Ha tenido el niño(a) una prueba de tuberculina en los últimos 12 meses?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>33. Ha tenido el niño(a) la vacuna de sarampión o las paperas?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>34. Cuántos días de la escuela el niño(a) se ha perdido en los últimos 6 meses?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>35. El niño(a) vea cualquier otro médico?
 <div style="text-align: right;">Sí No</div> </p> <p>Nombre _____</p> <p>36. Ha tenido alguna enfermedad vez :
 el sarampión _____ las paperas _____
 la varicela _____ la tos ferina _____ </p> <p>37. Cuánta leche se bebe el niño(a) en 24 horas?
 _____ </p> |
|--|---|