

CONTINUACION DEL HISTORIAL PEDIATRICO

Historial Medico del Nino: Favor circular Si o No

Es el nino alergico a algun medicamento o a cualquier otra cosa? Si No
 Si contesta si, es alergico a que? _____

El nino toma algun medicamento? Si No
 Si contesta si, que coge? _____

Alguna ves se a quedado el nino en la hospital toda la noche?
 Si contesta si, cuando y porque? Si No _____

El nino a tenido alguna sirugia?
 Si contesta si, que tipo de sirugia? Si No _____

Tiene el nino problema hablando, audision o vision?
 Si contesta si, que tipo de problema? Si No _____

Ha tenido el nino problemas o ha sido tratado por algunas de las siguientes enfermedades? Por favor marque Si O NO

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Anemia			Fiebre alta			Epilepsia		
Asma			Problemas Cardiacos			Problema con la piel		
Problemas intestinales			Rinones			Estomacal		
Problemas respiratorios			Problemas con Plomo			Otros		
Varicela			Problemas Musculares					

El nino tiene algun otro problema que le gustaria discutir?

Experiencia Familiar: Mencione otros adultos o ninos que vivan en la casa con su nino, a parte de la familia inmediata, y la relacion con el nino:

Miembros que viven en la casa	Relacion con el nino

La casa o apartamento donde vive el nino fue fundada antes del ano 1970? _____

Los padres del nino estan separados o divorciados? si contesta Si, cuales son los arreglos para la custodia del nino _____

Quien tiene la mayor responsabilidad por el cuidado del nino, el padre o la madre? _____

Esta el nino siendo cuidado en la casa o en la guarderia? _____

Asiste el nino a la Preschool o al Head Start? Si No

Si el nino asiste a la escuela, como le va en la escuela? _____

Hay fumadores que viven en la casa con el nino?
 Si contesta si, quien fuma Si No

Ha sido el nino abusado fisicamente o sexualmente? Si No

Hay algun arma de fuego en la casa? Si No