Borrar el formulario

Cuestionario inicial de la historia clínica

Formulario completado por:	**Nombre:**			
Fecha inicial que se completó:	Número de documento:			
Fecha(s) de actualización:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	M ○ F ○

GENERAL

¿Cree que su hijo está en buen estado de salud? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Explicar: _____

¿Su hijo presenta alguna necesidad médica especial? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Explicar: _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Explicar: _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármacos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Explicar: _____

HISTORIAL SOCIAL

Favor enumerar todas las personas que viven en el hogar con el niño.

Nombre	Parentesco con el niño	Fecha de nacimiento / edad

Favor enumerar los otros hermanos que no viven en la casa.

Nombre	Fecha de nacimiento / edad	¿Dónde están viviendo?

¿El niño vive con ambos padres biológicos? ☐ Sí ☐ No

En caso que haya contestado no, ¿cuál es la condición de vida actual del niño?

☐ Custodia monoparental ☐ Custodia compartida ☐ Familia adoptiva

☐ Otros miembros de la familia: _____ ☐ Hogar de acogida

¿Con qué frecuencia el niño visita a los padres que no viven con él?

_____

HISTORIAL DE NACIMIENTO

Peso al nacer: _____

☐ Parto a término ☐ Parto pretérmino _____ semanas

☐ Parto postérmino _____ semanas

Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ Razón: _____

¿Alguna complicación durante o después del parto? ☐ No ☐ Sí

Explicar: _____

¿Fue necesario llevar al bebé a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)?

☐ No ☐ Sí Explicar: _____

Durante el embarazo, la madre:

¿tomó vitaminas prenatales?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿fumó o utilizó cigarrillos electrónicos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿bebió alcohol?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿consumió marihuana?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿consumió drogas ilegales?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿tomó algún otro medicamento?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

Si contestó que sí, favor enumerar:

Tipo de sangre:

Madre: _____ ☐ No sé

Bebé: _____ ☐ No sé

Resultados de laboratorio de la madre:

Hepatitis B	☐ Pos	☐ Neg	☐ No sé
VIH	☐ Pos	☐ Neg	☐ No sé
Estreptococos Grupo B (GBS)	☐ Pos	☐ Neg	☐ No sé

Después del parto, el bebé:

¿recibió una inyección de vitamina K?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿recibió una pomada de eritromicina para los ojos?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
¿recibió una inyección para la hepatitis B?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

¿Cómo se alimentaba el bebé? ☐ Leche maternizada en biberón

☐ Leche materna en biberón

☐ Lactancia ¿Por cuánto tiempo se amamantó al bebé? _____

¿La madre biológica llevó al bebé consigo a su casa después del nacimiento en el hospital? ☐ Sí ☐ No Explicar: _____

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Las recomendaciones en este cuestionario no pretenden ser un tratamiento exclusivo ni una consulta de atención médica estándar. Puede haber variaciones en función de las circunstancias particulares de cada individuo. Cuestionario original incluido como parte de *Bright Futures Tool and Resource Kit*, 2nd Edition. La American Academy of Pediatrics (AAP) no revisa ni respalda ninguna modificación realizada en este cuestionario y en ningún caso será la AAP responsable de dichos cambios.

© 2019 American Academy of Pediatrics. Todos los derechos reservados.

Downloaded from http://publications.aap.org/toolkits/book/chapter-pdf/1158190/bftk_initial_history_questionnaire_sp.pdf by Cobb & Douglas Public Health user on 09 November 2021

Cuestionario inicial de la historia clínica

Nombre: _____

HISTORIA CLÍNICA PASADA

¿Sufrió su hijo alguno de los siguientes problemas? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	Detalles
Problemas oculares, cataratas o retinoblastoma				
Deterioro o incapacidad oculares				
Alergias nasales (por el polvo, las mascotas, o ambiente)				
Infecciones frecuentes del oído				
Pérdida o incapacidad de audición				
Muchas caries o problemas con los dientes				
Resfríos frecuentes o dolores de garganta				
Asma, sibilancias o problemas respiratorios				
Bronquitis, bronquiolitis o neumonía				
Soplo cardíaco u otros problemas cardíacos				
Presión sanguínea alta				
Dolor de estómago frecuente				
Estreñimiento que requiere tratamiento médico				
Alergias o intolerancia alimentarias (por ejemplo, a la leche o el gluten)				
Problemas de alimentación o bajo peso				
Sobrepeso u obesidad				
Infecciones en el tracto urinario				
Orinarse en la cama (después de los 5 años)				
Problemas en el riñón, el uréter o la vejiga				
Lesiones o fracturas graves				
Problemas óseos, articulares o musculares				
Dolores de cabeza o mareos frecuentes				
Conmoción o lesión cerebral				
Convulsiones, ataques de epilepsia o trastornos neurológicos				
Trastorno en el sueño o ronquidos				
Erupciones en la piel, eczema o urticaria				
Acné				
Tiroides u otros problemas endocrinos				
Diabetes				
Trastornos metabólicos o genéticos				
Anemia o problemas hemorrágicos				
Cáncer o quimioterapia				
Trasplante de médula ósea o de órgano				

Downloaded from http://publications.aap.org/toolkits/book/chapter-pdf/1158190/bftk_initial_history_questionnaire_sp.pdf by Cobb & Douglas Public Health user on 09 November 2021

Nombre: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (*continuación*)

¿Sufrió su hijo alguno de los siguientes problemas? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	Detalles
Transfusión de sangre	☐	☐	☐	
VIH o SIDA	☐	☐	☐	
Varicela o zóster (culebrilla)	☐	☐	☐	
Retrasos en el desarrollo (del habla o motrices)	☐	☐	☐	
Problemas escolares o dificultades de aprendizaje	☐	☐	☐	
TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) o preocupaciones por el comportamiento	☐	☐	☐	
Ansiedad, depresión o problemas con el estado de ánimo	☐	☐	☐	
Consumo de tabaco, alcohol o drogas	☐	☐	☐	
Exposición a violencia familiar	☐	☐	☐	
Embarazo o aborto involuntario	☐	☐	☐	
Infecciones de transmisión sexual	☐	☐	☐	
Mujeres: problemas con los períodos menstruales	☐	☐	☐	
Edad del primer período menstrual:	☐	☐	☐	

Otros problemas de salud (favor enumerar).

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿A su hijo/a se le ha hecho una cirugía alguna vez? ☐ No ☐ Sí En caso de contestar sí, complete lo siguiente.

Cirugía/Procedimiento	Fecha de la cirugía / edad del niño	Lugar donde se llevó a cabo	Detalles

Otros problemas en la cirugía / procedimiento (favor enumerar).

Downloaded from http://publications.aap.org/toolkits/book/chapter-pdf/1158190/bftk_initial_history_questionnaire_sp.pdf by Cobb & Douglas Public Health user on 09 November 2021

Cuestionario inicial de la historia clínica

Nombre: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguno de los padres, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas del niño ha tenido alguna de las siguientes afecciones? NS: No sé

Afección	NS	No	Sí	¿Quién?	Detalles
Anemia o problemas hemorrágicos					
Asma					
Alergias					
Problemas con el consumo de alcohol					
Orinarse en la cama (después de los 10 años)					
Cáncer (antes de los 55 años)					
Pérdida de audición en la infancia					
Deterioro dental o muchas caries					
Depresión o ansiedad					
Anomalía en el desarrollo					
Diabetes					
Ataque cardíaco (infarto de miocardio)					
Enfermedad del corazón (antes de los 55 años)					
Presión sanguínea alta					
Nivel de colesterol alto					
VIH o SIDA					
Enfermedad del riñón					
Enfermedad del hígado					
Enfermedad de salud mental					
Obesidad					
Convulsiones o epilepsia.					
Derrame cerebrovascular					
Problemas con el consumo de sustancias					
Muerte súbita (antes de los 50 años)					
Tiroides u otras enfermedades endocrinas.					
Problemas con el consumo de tabaco					
Tuberculosis					
Problemas oculares					

Otros problemas de salud (favor enumerar).

NOMBRE EN IMPRENTA	FIRMA
Proveedor 1	
Proveedor 2	

De acuerdo con *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* 4th Edition

Downloaded from http://publications.aap.org/toolkits/book/chapter-pdf/1158190/bftk_initial_history_questionnaire_sp.pdf by Cobb & Douglas Public Health user on 09 November 2021