

Grupo Médico Memorial Hermann

Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

| | | |
|--|----------------------|--|
| Apellidos: | Nombre: | Nombre de preferencia: |
| Fecha actual: | Fecha de nacimiento: | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Escuela: | Grado: | |
| Nombre de la madre: | Nombre del padre: | |
| Ocupación de la madre: | Ocupación del padre: | |
| El niño vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: | | |

Si el niño no vive con sus padres, con qué frecuencia los visita:

Nombre de un especialista que trate al niño, motivo y fecha de la última visita:

Núcleo familiar

| Detalle quiénes conviven con el niño en casa (padres, hermanos, abuelos, etc...) | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre | Parentesco con el niño | Fecha de nacimiento |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ¿El niño convive con mascotas en casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| En caso afirmativo, especifique cantidad y tipo. | | |
| ¿Hay armas en la casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Los padres son fumadores? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Algún miembro del núcleo familiar consume alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |

**MEMORIAL
HERMANN**

Memorial Hermann Medical Group
New Patient Medical
History Form - Pediatrics



Grupo Médico Memorial Hermann

Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

| | |
|----------------------------|-----------|
| Nombre del paciente: _____ | FN: _____ |
|----------------------------|-----------|

Historial de nacimiento

Peso al nacer: _____ kg _____ g Nacimiento por: Parto vaginal Cesárea

El niño nació a término
(marque una opción): Completo Temprano Tardío En caso de cesárea, especifique el motivo: _____

En caso de término temprano, especifique cuántas semanas de gestación: _____ El niño sufrió algún problema inmediatamente luego de nacer:
 SÍ NO
En caso afirmativo, explique: _____

¿Dónde nació el niño? _____ Lactancia inicial al nacer mediante:
 Amamantamiento Biberón
El niño fue a casa con su madre: SÍ NO
Explique: _____

La madre sufrió enfermedades o problemas de salud durante el embarazo: SÍ NO
En caso afirmativo, explique: _____

Durante el embarazo, la madre:

Fumó: SÍ NO En caso afirmativo, especifique cuánto: _____

Bebió alcohol: SÍ NO En caso afirmativo, especifique qué, cuánto y con qué frecuencia: _____

Consumió drogas/
medicamentos: SÍ NO En caso afirmativo, especifique qué y cómo: _____

| Alimentación y nutrición: | SÍ | NO |
|---|----|----|
| ¿Tiene el niño buen apetito? | | |
| ¿El niño sufrió cólico en los tres primeros meses? | | |
| ¿Toma vitaminas o suplementos herbarios? | | |
| ¿El niño es selectivo con la comida? | | |
| Desarrollo: | SÍ | NO |
| ¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? | | |
| ¿Le preocupa el desarrollo emocional de su hijo? | | |
| ¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo? | | |
| ¿Su hijo tiene problemas para dormir? | | |
| ¿Su hijo se relaciona con otros niños? | | |
| ¿Su hijo podía decir algunas palabras al año y medio? | | |

**MEMORIAL
HERMANN**

Memorial Hermann Medical Group
New Patient Medical
History Form - Pediatrics



Grupo Médico Memorial Hermann

Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

| | |
|----------------------|-----|
| Nombre del paciente: | FN: |
|----------------------|-----|

Historial clínico familiar:

| Afección | Madre | Padre | Hermano | Abuelo/a |
|--|-------|-------|---------|----------|
| Alcoholismo | | | | |
| Anemia | | | | |
| Asma/Enfermedad reactiva en las vías respiratorias | | | | |
| Trastorno autoinmune | | | | |
| Enuresis nocturna (luego de los 10 años) | | | | |
| Trastorno hemorrágico | | | | |
| Sordera congénita | | | | |
| Diabetes (antes de los 50 años) | | | | |
| Consumo de drogas | | | | |
| Epilepsia o convulsiones | | | | |
| Enfermedad cardíaca (antes de los 50 años) | | | | |
| Presión arterial alta (antes de los 50 años) | | | | |
| Colesterol alto | | | | |
| Trastorno inmunitario | | | | |
| Problemas inmunológicos (VIH/SIDA) | | | | |
| Enfermedad renal | | | | |
| Enfermedad hepática | | | | |
| Lupus | | | | |
| Enfermedad mental | | | | |
| Retraso mental | | | | |
| Alergias nasales | | | | |
| Tuberculosis | | | | |
| Otro: | | | | |

Historial de medicamentos

Detalle los medicamentos que su hijo toma a diario:

| Medicamento | Concentración | Veces al día | Motivo |
|-------------|---------------|--------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**MEMORIAL
HERMANN**

Memorial Hermann Medical Group
New Patient Medical
History Form - Pediatrics



Grupo Médico Memorial Hermann

Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

| | |
|----------------------|-----|
| Nombre del paciente: | FN: |
|----------------------|-----|

Historial clínico previo del niño:

| Afección | Sí | No | Explicación |
|---|----|----|-------------|
| Dolor abdominal | | | |
| Anemia, problemas hemorrágicos, transfusión de sangre | | | |
| Ansiedad/depresión/TDAH/otro | | | |
| Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía | | | |
| Enuresis nocturna (luego de los 5 años) | | | |
| Problemas de vejiga/riñón | | | |
| Problemas intestinales/estreñimiento | | | |
| Varicela | | | |
| Afecciones cutáneas crónicas/recurrentes (acné, eczema, etc.) | | | |
| Conmoción/traumatismo craneal | | | |
| Retraso del desarrollo | | | |
| Diabetes | | | |
| Problemas auditivos | | | |
| Trastorno alimenticio | | | |
| Problemas de visión | | | |
| Dolores de cabeza | | | |
| Problemas cardíacos | | | |
| Enfermedad mental | | | |
| Retraso mental | | | |
| Alergias nasales | | | |
| Problemas neurológicos (convulsiones, crisis epilépticas, etc.) | | | |
| Infecciones recurrentes | | | |
| Clase de refuerzo/educación especial | | | |
| Tiroides | | | |
| Para niñas: ¿Cuándo comenzó el período menstrual? | | | |
| Consumo de drogas/alcohol | | | |
| Otro: | | | |

Antecedentes quirúrgicos

| Indique las cirugías/hospitalizaciones de su hijo: | |
|--|---------------------|
| Tipo de cirugía | Fecha de la cirugía |
| | |
| | |
| | |

| | |
|---|----------------|
| Paciente o padre/tutor legal (si se considera al paciente menor incapacitado) (firma) | Fecha |
| Firma del testigo | Nombre impreso |
| | Fecha |
| | Hora |



Memorial Hermann Medical Group
 New Patient Medical
 History Form - Pediatrics

