



## Medical History

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Formulario completado por (nombre) \_\_\_\_\_ Relacion con el niño \_\_\_\_\_

Pais de nacimiento del nino: \_\_\_\_\_

Medicamentos **ACTUALES** que toma el niño: \_\_\_\_\_

Alergias del niño a los medicamentos: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier cirugia que el niño haya tenido: \_\_\_\_\_

### Historia Medical del Niño:

Nacimiento: A termino? Si No

Peso de nacimiento? \_\_\_\_\_

Parto Vaginal O Cesarea

El bebe venia en posicion de nalgas? Si No

Problemas despues del nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el **niño** alguno de los siguientes problemas de Salud? Favor de marcar **SI** o **NO**:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Anemia (Conteo Sanguineo bajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alergias o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Huesos fracturados o problemas de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bronquitis cronica, infeccion sinusal o del oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estrenimiento cronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Alcoholismo o drogadiccion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lesion en la cabeza o conmocion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas del Corazon, presion alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nivel elevado de plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Problemas con los rinones o infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Enfermedad mental, depresion o ansiendad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Migranas o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-SIGUE AL DORSO-

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Maltrato físico/emocional o abuso (sexual)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Convulsiones                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Accidente grave/visita a la sala de emergencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Tuberculosis (TB)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Problemas visuales, auditivos o del habla      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Historia Medical de la Familia del Niño**

¿Un miembro de la familia (madre, padre, hermanos o abuelos del niño) tienen uno de los siguientes problemas de salud?  
Favor de marcar **SÍ** o **NO**

- |   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Alergias o Asma                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Defecto de nacimiento                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problemas de Sangrado                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cancer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedad de Chagas                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Diabetes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alcoholismo o drogadiccion                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problemas del corazon                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hepatitis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Presion alta                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Colesterol alto                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Enfermedad de los rinones                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Problemas de aprendizaje                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Enfermedad de los pulmones                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Enfermedad mental, depresion o ansiedad           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Migranas o dolores de cabeza frecuentes           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Enfermedad de celula falciforme                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Convulsiones                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Derrame   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Tuberculosis (TB)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Problemas de peso                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Un pariente que se ha muerto antes de los 50 años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Otro _____  |                          |                          |

**Use este espacio para explicar cualquier respuesta de “SI”. Dinos quien tiene el problema:**

---



---



---



---



---