

# Formulario de historia clínica para pacientes pediátricos

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Pronombre(s): \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

|  |        |   |
|--|--------|---|
| <b>¿Con quién vive el/la niño(a)?</b>  |        |   |
| <b>¿Hay otros adultos involucrados en el cuidado del/ de la niño(a)?</b>   |        |   |
| <b>Indique si el/la niño(a) tiene alguna alergia o intolerancia a medicamentos:</b>  |        |   |
| <b>Antecedentes médicos personales:</b> marque con un círculo Sí o No, explique las respuestas afirmativas (cuándo ocurrió o fue diagnosticado). |        |   |
| Alcoholismo  | S      | N |
| Trastorno de ansiedad  | S      | N |
| Anemia   | S      | N |
| Artritis   | S      | N |
| Asma   | S      | N |
| Tendencia a sangrar  | S      | N |
| Formación de coágulos sanguíneos   | S      | N |
| Colesterol alto  | S      | N |
| Cáncer   | S      | N |
| Depresión  | S      | N |
| Diabetes   | S      | N |
| Enfisema/EPOC  | S      | N |
| Epilepsia  | S      | N |
| Exposición a asbesto   | S      | N |
| Exposición a tuberculosis  | S      | N |
| Glaucoma   | S      | N |
| Rinitis alérgica estacional  | S      | N |
| Enfermedad cardíaca  | S      | N |
| Hepatitis (ictericia)  | S      | N |
| Presión arterial alta  | S      | N |
| Enfermedad renal   | S      | N |
| Cálculos renales   | S      | N |
| Migrañas   | S      | N |
| Osteoporosis   | S      | N |
| Neumonía   | S      | N |
| Poliomielitis  | S      | N |
| Infección recurrente de vejiga   | S      | N |
| Fiebre reumática   | S      | N |
| Apnea del sueño  | S      | N |
| Accidente cerebrovascular  | S      | N |
| Enfermedad tiroidea  | S      | N |
| Tuberculosis   | S      | N |
| Úlcera   | S      | N |
| Otras afecciones graves  | S      | N |
| <b>Enumere todas las cirugías a las que se ha sometido e indique las fechas respectivas.</b>   |        |   |
| Cirugía  | Fecha: |   |
|  |        |   |
|  |        |   |
|  |        |   |
|  |        |   |

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <b>¿Es adoptado(a)?</b>  | S | N                            |
| <b>¿Hijo(a) adoptivo(a) con custodia temporal?</b>   | S | N                            |
| <b>Antecedentes familiares (parientes consanguíneos)</b>   |   |                              |
| Si viven, indique cualquier problema de salud (enfermedad cardíaca, cáncer, diabetes, presión arterial alta, etc.). Si fallecieron, indique la causa de la muerte. |   | <b>Edad de fallecimiento</b> |
| Padre  |   |                              |
| Madre  |   |                              |
| <b>Abuelos maternos</b>  |   |                              |
| 1  |   |                              |
| 2  |   |                              |
| <b>Abuelos paternos</b>  |   |                              |
| 1  |   |                              |
| 2  |   |                              |
| <b>Hermanos(as)</b>  |   |                              |
| 1  |   |                              |
| 2  |   |                              |
| 3  |   |                              |
| 4  |   |                              |
| 5  |   |                              |
| <b>Antecedentes médicos familiares:</b> marque cada una de las afecciones que haya padecido algún miembro de la familia.   |   |                              |
| TDA/TDAH   |   | Ecema                        |
| Alergias   |   | Trastorno genético           |
| Anemia   |   | Problemas cardíacos          |
| Asma   |   | Colesterol alto              |
| Defectos de nacimiento   |   | Presión arterial alta        |
| Trastornos sanguíneos  |   | Dificultades de aprendizaje  |
| Cáncer   |   | Enfermedad mental            |
| Escoliosis   |   | Discapacidad intelectual     |
| Sordera  |   | Migrañas                     |
| Depresión  |   | Obesidad                     |
| Retraso en el desarrollo   |   | Trastorno convulsivo         |
| Diabetes   |   | Muerte súbita infantil       |
| Abuso de alcohol/drogas  |   | Enfermedad tiroidea          |
| Otra opción:   |   |                              |
| <b>Seguridad</b>   |   |                              |
| ¿Hay una alarma de humo en el hogar?   | S | N                            |
| ¿Hay una alarma de monóxido de carbono en el hogar?  | S | N                            |
| ¿Hay armas de fuego en el hogar?   | S | N                            |
| ¿Hay humo de tabaco de segunda mano?   | S | N                            |
| ¿Tienen analgésicos recetados en el hogar?   | S | N                            |
| ¿Consumen marihuana u otras drogas en el hogar?  | S | N                            |
| <b>Medicamentos</b>  |   |                              |
| ¿Toma medicamentos de venta libre a diario?  | S | N                            |
| En caso afirmativo, ¿cuáles?   |   |                              |
| 1  |   |                              |
| 2  |   |                              |
| 3  |   |                              |
| 4  |   |                              |

EL FORMULARIO CONTINÚA EN EL DORSO

# INTERROGATORIO DE ANTECEDENTES PEDIÁTRICOS

## Para niños de hasta 3 años

|  |                    |  |  |   |   |
|--|--------------------|--|--|---|---|
| <b>Período de parto/neonatal:</b>        |                    | <b>Historia prenatal: durante el embarazo, la madre...</b> |  |   |   |
| Tipo de parto (marque con un círculo):   | Vaginal    Cesárea | ¿Fumó?   |  | S | N |
| Peso al nacer:                           |                    | ¿Tomó alcohol?   |  | S | N |
| Problemas en el período neonatal:        |                    | ¿Consumió drogas/medicamentos?                             |  | S | N |
|  |                    | ¿Tuvo alguna enfermedad?                                   |  | S | N |
| Explique cualquier respuesta afirmativa: |                    |  |  |   |   |

## Para niños de 3 a 9 años

|  |  |                   |        |
|--|--|-------------------|--------|
| ¿A qué escuela va su hijo(a)?  |  | ¿Qué grado cursa? |        |
| ¿Su hijo(a) ha repetido o se ha retrasado en algún curso?  |  |                   | S    N |
| ¿Ha asistido su hijo(a) a una clase especial?  |  |                   | S    N |
| ¿Tiene su hijo(a) problemas de comportamiento en la escuela?   |  |                   | S    N |
| ¿Ha tenido su hijo(a) problemas de acoso escolar?  |  |                   | S    N |
| ¿Cuánto tiempo pasa su hijo(a) frente a una pantalla (video, televisión, computadora, teléfono) durante un día normal? |  | Horas al día:     |        |
| Explique cualquier respuesta afirmativa:   |  |                   |        |

## Para niños de 10 a 12 años

|  |  |                   |        |
|--|--|-------------------|--------|
| ¿A qué escuela va su hijo(a)?  |  | ¿Qué grado cursa? |        |
| ¿Su hijo(a) ha repetido o se ha retrasado en algún curso?  |  |                   | S    N |
| ¿Ha asistido su hijo(a) a una clase especial?  |  |                   | S    N |
| ¿Tiene su hijo(a) problemas de comportamiento en la escuela?   |  |                   | S    N |
| ¿Ha tenido su hijo(a) problemas de acoso escolar?  |  |                   | S    N |
| ¿Ha tenido problemas académicos?   |  |                   | S    N |
| ¿Cuánto tiempo pasa su hijo(a) frente a una pantalla (video, televisión, computadora, teléfono) durante un día normal? |  | Horas al día:     |        |
| ¿Su hijo(a) ha demostrado preocupación por su imagen corporal?   |  |                   | S    N |
| Explique cualquier respuesta afirmativa:   |  |                   |        |

## Para niños de 13 a 18 años (para completar por el/la paciente)

|  |    |                    |                    |
|--|----|--------------------|--------------------|
| ¿A qué escuela vas?  |    | ¿Qué grado cursas? |                    |
| ¿Tienes problemas de comportamiento en la escuela?   |    |                    | S    N             |
| ¿Has tenido problemas de acoso escolar?  |    |                    | S    N             |
| ¿Has tenido problemas académicos?  |    |                    | S    N             |
| ¿Cuánto tiempo pasas frente a una pantalla (video, televisión, computadora, teléfono) durante un día normal? |    | Horas al día:      |                    |
| ¿Te preocupa tu imagen corporal?   |    |                    | S    N             |
| ¿Te preocupa la sexualidad?  |    |                    | S    N             |
| ¿Consumes alcohol?   |    |                    | S    N             |
| ¿Consumes tabaco?  |    |                    | S    N             |
| ¿Consumes bebidas con cafeína (café, té, refrescos, bebidas energéticas)?                                    |    |                    | S    N             |
| ¿Consumes "drogas recreativas"?  |    |                    | S    N             |
| ¿Eres sexualmente activo(a)?   | Sí | Actualmente no     | Nunca              |
| ¿Qué género(s) te atrae(n)?  |    |                    | No estoy seguro(a) |
| ¿Quieres hablar hoy sobre temas de salud sexual o de identidad de género?                                    |    |                    | S    N             |
| ¿Acudes a un dentista?   |    |                    | S    N             |
| En caso afirmativo, indica el nombre del dentista:   |    |                    |                    |
| ¿Alguna preocupación por depresión o ansiedad?   |    |                    | S    N             |
| ¿Alguna vez has sufrido abuso?   | No | Físico             | Mental    Sexual   |
| ¿Estás satisfecho(a) con tu peso?  |    |                    | S    N             |
| ¿Qué haces para ejercitarte?   |    |                    |                    |
| ¿Con qué frecuencia haces ejercicio?   |    |                    |                    |
| ¿Usas siempre el cinturón de seguridad?  |    |                    | S    N             |
| Si andas en bicicleta o motocicleta, ¿llevas siempre un casco?   |    |                    | S    N             |
| ¿Hay armas de fuego en tu casa?  |    |                    | S    N             |
| En caso afirmativo, ¿tu núcleo familiar tiene conocimientos sobre seguridad en el uso de armas de fuego?     |    |                    | S    N             |
| Explica cualquier respuesta afirmativa.  |    |                    |                    |

Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_