

HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

(Edad 2 meses -12 años)

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
-----------------------------	-----------------------------

Persona completando la forma: Madre Padre Familiar Otra Persona

HISTORIA MEDICA

Enliste todas las alergias de su hijo (a) (medicamentos/comida/ambiente) :

Si su hijo (a) a no ha tenido ninguna enfermedad marque con una "x" la siguiente caja

Favor de contestar a todas las preguntas que apliquen a su hijo (a):

Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/> Si	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Si
Asma	<input type="checkbox"/> Si	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si
Desorden de déficit de atención	<input type="checkbox"/> Si	Fracturas	<input type="checkbox"/> Si
Desorden de déficit de atención con hiperactividad	<input type="checkbox"/> Si	Perdida del oído	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si	Infante prematuro	<input type="checkbox"/> Si
Cáncer Tipo:	<input type="checkbox"/> Si	Su hijo recibe educación especial?	<input type="checkbox"/> Si
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Si	Dificultad para el habla	<input type="checkbox"/> Si
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Si	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Si

Esta su hijo (a) tomando algún medicamento? Si No - Si su respuesta es si, favor de enlistar los medicamentos, dosis y para que los toma?

HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES/ Y CIRUGIAS

Favor de enlistar cirugias y Hospitalizaciones previas? Si No - favor de enlistar las razones de la hospitalizacion y fechas?

HISTORIA SOCIAL

Favor de checar todas las opciones que apliquen a su hijo (a):

Vive con padres	<input type="checkbox"/> Si	Esta en la escuela	<input type="checkbox"/> Si
Vive con padres adoptivos	<input type="checkbox"/> Si	Pasa tiempo en guardería	<input type="checkbox"/> Si
Vive en casa hogar	<input type="checkbox"/> Si	Esta expuesto a humo de cigarro	<input type="checkbox"/> Si
Otros: _____	<input type="checkbox"/> Si	Hay armas de fuego en casa	<input type="checkbox"/> Si

HISTORIA FAMILIAR

Favor de marcar con una (✓) si alguno de estas opciones aplican a un miembro de la familia de su hijo (a)

Historia Familiar	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Alcoholismo				
Enfermedades de la sangre				
Cáncer Tipo:				
Diabetes				
Uso de drogas				
Enfermedades genéticas				
Alto colesterol				
Alta presión				
Enfermedad renal				
Convulsiones				
Enfermedad de células falciformes				
Embolia				
Enfermedades de Tiroides				

Nombre de la persona completando esta forma: _____ Fecha: _____

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

7 – 12 meses (7 – 12 Months)

Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	Fecha de hoy	¿Asiste a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Persona que llena el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique)			¿Necesita ayuda para llenar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p><i>Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe una respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre cualquier sección de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.</i></p>				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<i>Clinic Use Only</i>	
1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Su bebé bebe o come 3 porciones al día de alimentos ricos en calcio, como fórmula, leche materna, queso, yogur, leche de soja o tofu? <i>Baby drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Physical Activity
4	¿Su bebé ve televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
5	En su hogar, ¿hay un detector de humo que funcione? <i>Home has working smoke detector?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Safety
6	¿Ha cambiado la temperatura del agua a tibia (menos de 120 grados)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
7	Si en su hogar hay más de un piso, ¿tiene protección de seguridad en las ventanas y accesos a las escaleras? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
8	En su hogar, ¿los artículos de limpieza, medicamentos y fósforos están en un lugar cerrado con llave? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
9	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de control de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	

10	¿Siempre acuesta a su bebé boca arriba para dormir? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
11	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby when in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
12	¿Su bebé siempre viaja en un asiento de seguridad para automóvil orientado hacia atrás, en el asiento de atrás? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
13	¿El asiento de seguridad para automóvil que utiliza es el adecuado para la edad y el tamaño de su bebé? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
14	¿Su bebé pasa tiempo cerca de una piscina, río o lago? <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
15	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un arma de fuego? <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
16	En el biberón de su bebé, ¿coloca algo que no sea fórmula, leche materna o agua? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Dental Health
17	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
18	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o la conducta de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa, por favor:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date:



Cuestionario para evaluación de Riesgo de Tuberculosis

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

* Si su hijo tiene una cita el día de hoy, favor de llenar éste cuestionario con información pertinente al niño(a).

Indique si manifiesta alguno de los siguientes síntomas:		
Tos Fiebre Pérdida de apetito Tos con sangre Fatiga Pérdida de Peso Sudores Nocturnos		
1. Indique si alguna vez ha tenido una prueba de Tuberculosis positiva (Piel o sangre): (Si la respuesta es sí, responda A-D) (Si la respuesta es no, pasar a la # 2)	Sí	No
Responda sólo si ha tenido una prueba con resultado positivo:		
A. Fecha de la prueba positiva: _____		
B. Fecha de la última radiografía de tórax: _____ Normal: Sí No		
C. Tomo algún tratamiento preventivo? Sí No		
D. Fechas del tratamiento preventivo: _____		
2. Indique si en las últimas 4 semanas ha sido vacunado contra la varicela, gripe, herpes, rubeola, paperas o sarampión:	Sí	No
3. Tiene usted contacto con alguien que tenga Tuberculosis?	Sí	No
4. ¿En los últimos 5 años ha vivido o trabajado en prisión, hospital, hogar de ancianos, casa de asistencia, o con padres adoptivos?	Sí	No
5. ¿Nació usted en Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
6. ¿En los últimos 2 años ha viajado a Asia, África, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Islas del Pacífico, América del Sur o México?	Sí	No
7. ¿Está usted actualmente sin hogar, trabajador migrante, consume drogas?	Sí	No

He recibido información sobre la prueba de la tuberculina y he tenido la oportunidad de formular preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en regresar en 48 a 72 horas para que mi prueba de la tuberculosis sea leída. Entiendo los riesgos y beneficios de la prueba de la tuberculina y solicito se me administre. Entiendo que si presento síntomas de tuberculosis, o la prueba de la tuberculina es positiva, necesito tener seguimiento con mi médico y tratamiento adicional puede ser necesario.

Forma completado por (Firma): _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: (Yo), (Padre), (Tutor), (Otro): _____

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Que come su hijo(a)?

(Edades 0 – 8)

Encierre en un círculo los alimentos que come su hijo a diario o 3 veces por semana:

Alimentos para Bebés

Leche materna Formula con hierro Cereal con hierro
 Puré de Frutas Puré de Vegetales Puré de Carne Huevos Frijoles
 Jugos Bebidas azucaradas Miel

Pan, Granos y Cereales

Pan integral Pan blanco Tortilla Pan dulce
 Cereal con hierro Avena Bagels Saladitas Pretzels
 Sopa de fideos Pasta Arroz

Frutas y Vegetales

Manzana Fresas Uvas Peras Durazno Jugos 100%
 Piña Naranja Plátano Melón Mango Cantalupo
 Pimientos Chile picante Tomate Papas Pepino Chicharos
 Brócoli Ensalada verde Repollo Maíz Ejotes Papas dulces
 Zanahorias Legumbres verdes

Productos Lácteos

Leche entera Leche 2% Leche 1% Leche descremada
 Leche de sabor Requesón Leche sin lactosa Queso
 Yogurt Helado/Nieve

Otras Fuentes de Calcio

Frijoles Tofu Yogurt/leche de soya Legumbres verdes
 100% Jugo con calcio Leche vegetal fortificada (almendras, arroz)

Alimentos Ricos en Proteínas

Pollo/Pavo Burritos de Carne/frijoles Jamón/cerdo Tacos
 Frijoles/lentejas Cacahuates/mantequilla Tofu Carne de Res
 Pescado/enlatado Espaguetis con albóndigas Huevos

Otros Alimentos

Hot dogs Hamburguesa Pizza Papas Fritas Pollo Frito
 Tostadas de Maíz Chetos Dulces Chocolate Galletas

Encierre en un círculo si su bebé/niño usa

Fluoruro Hierro Vitaminas
 Cuchara Taza Biberón/mamila Cepillo de dientes

Encierre en un círculo si su bebé/niño toma

Agua Soda Bebidas Azucaradas Bebidas deportivas Jugos

Encierre en un círculo las actividades que hace a diario

Gatear Caminar Columpiarse Salta cuerdas

Jugar pelota Manejar triciclo/bicicleta

Ve televisión, juega videos o computadora más de dos horas al día.

ENCIERRE EN UN CIRCULO SI SU HIJO/A RECIBE

CalFresh (estampillas de comida), alimentos gratis en la escuela, Head Start, WIC

Nombre del niño/a: _____ Registro #: _____

Edad: _____ años _____ meses Peso: _____ lb Alt: _____ plg Fecha: ____/____/____

Maque Si o No

Para responder a las siguientes preguntas:

0 a 24 meses

Su niño/a de menos de 1 año de edad
 Come miel/jarabe? **Sí No**

0-6 meses

Amamanta al menos de 8–12 veces al día
 por los primeros 6 meses de edad? **Sí No**
 Amamanta 6-8 veces o más al día (24 hrs)
 Entre los 4-6 meses de edad? **Sí No**
 Le da de comer 20 onzas de formula
 con hierro al día (24hrs) **Sí No**

6 a 9 meses

Come cereal para bebés con hierro? **Sí No**
 Come puré de frutas o verduras? **Sí No**
 Come carne hecha puré o molida de res
 Pescado, huevos duros, frijoles, tofu? **Sí No**
 Toma o bebe de un vaso entrenador? **Sí No**

9 a 12 meses

Come comidas picadas o molidas? **Sí No**
 Come con sus dedos? **Sí No**

1 a 2 años

Toma 16 onzas de leche al día? **Sí No**
 Come una variedad de comidas? **Sí No**
 Come solo o sola? **Sí No**
 Comparte comidas y meriendas
 en familia? **Sí No**
 Toma sodas u otras bebidas dulces? **Sí No**

Otros

Tiene su niño/a alergias o intolerancias a
 comidas? **Sí No**
 lista: _____

Su niño/a come tierra, yeso, barro o pedazos de
 pintura? **Sí No**

Su niño/a menor de 3 años de edad come,
 Uvas, nueces, semillas, palomitas de maíz, hot dogs
 y/o dulces duros



OFFICE USE ONLY

Referred for
 identified nutrition problem? **Yes No**

If yes, where: _____

Provider initials: _____