

HISTORIA MEDICA DEL RECIEN NACIDO

(0-2 meses)

En orden de proveerle el mejor cuidado a su Bebe, favor de ayudarnos a completar esta historia medica. Déjenos saber si necesita ayuda completando la forma.

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Quien completa esta forma: [] Madre [] Padre [] Miembro de la familia [] Otra persona

HISTORIA MATERNA

Edad actual de la madre?

Liste alguna enfermedad (física o mental) de la madre antes o durante el embarazo?

La madre del bebe se ha sentido, triste, deprimida, o desesperada en las ultimas 2 semanas?

Si

No

EMBARAZO

En que mes del embarazo empezó a ver a su doctor para cuidado prenatal?

1-3 meses

4-6 meses

7-9 meses

Hubo alguna complicación durante el embarazo?

Si

No

Uso algún medicamento durante el embarazo fuera de las vitaminas

Si

No

La madre del bebe uso drogas ilegales durante el embarazo?

Si

No

La madre uso alcohol durante el embarazo?

Si

No

La madre fumo tabaco durante el embarazo?

Si

No

PARTO/CESAREA

Cuantas semanas de embarazo tenia cuando nació el bebe?

Como nació su bebe? parto vaginal o cesárea

Hubo alguna complicación después del parto?

Si

No

La madre recibió anestesia o alguna otro medicamento durante el parto?

Si

No

Se utilizaron fórceps (Pinzas vaginales) durante el parto?

Si

No

HISTORIA DEL BEBE

Se le administro la vacuna de la Hepatitis B a su bebe?

Si

No

Cual fue el peso de su bebe al nacer?

Tuvo color amarillento de la piel?

Si

No

Le da pecho a su bebe? Si

No

El bebe toma formula?

Si

No

Que marca de formula utiliza?

Cuantas onzas toma en cada comida?

1 oz

2 oz

3 oz

4 oz

5 oz

Cada cuantas horas come su bebe?

1/2 hora

1 hora

2 horas

3 horas

4 horas

Cuantos pañales usa su bebe en un día?

1-3 pañales

4-7

8-11

12-15

Su bebe tiene heces duras (estreñido)?

Si

No

En que posición pone a dormir a sus bebe? (circule una)

Espalda

Abdomen

Lado

Utiliza una silla de carro?

Si

No

Recibe servicios de WIC?

Si

No

Esta expuesto su bebe a humo de cigarro?

Si

No

Tiene cuna, moisés o algún otro lugar aceptable donde duerma su bebe?

Si

No

HISTORIA DEL PADRE

Enliste abajo enfermedades importantes del padre (físicas o mentales).

HISTORIA FAMILIAR

Favor de enlistar enfermedades (físicas o mentales) de miembros de la familia inmediata.

Evaluación de Salud

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 meses (0 – 6 Months)

Nombre del niño (primer 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 completa el formulario	<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	¿Necesita ayuda para completar el formulario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		

Por favor intente responder todas las preguntas de este formulario lo mejor que pueda. Encierre en un círculo la palabra "Omitir" si no sabe la respuesta o no desea responder. Asegúrese de hablar con el médico si tiene preguntas sobre algún punto de este formulario. Sus respuestas estarán protegidas como parte de su expediente médico.

¿Necesita un intérprete?
 Sí No

Clinic Use Only:

Nutrition

1	¿Amamanta a su bebé? <i>Breastfeeds baby?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	Nutrition
2	¿Le preocupa el peso de su bebé? <i>Concerned about baby's weight?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	
3	¿Su bebé mira televisión? <i>Baby watches any TV?</i>	No	Sí <i>Yes</i>	Omitir <i>Skip</i>	Safety
4	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>	
5	¿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>	
6	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 window and gates for stairs in multi-level home?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
7	En su hogar, ¿los materiales 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>	
8	En su hogar, ¿está pegado cerca del teléfono el número del Centro de intoxicaciones (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	
9	¿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>	
10	Cuando su bebé está en la tina, ¿permanece con él en todo momento? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Sí <i>Yes</i>	No	Omitir <i>Skip</i>	

11	¿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 Yes	No	Omitir Skip	
12	¿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 Yes	No	Omitir Skip	
13	¿Su bebé pasa tiempo en un hogar donde hay un revólver? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	
14	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 Yes	Omitir Skip	Dental Health
15	¿Su bebé pasa tiempo con alguna persona que fuma? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Tobacco Exposure
16	¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre la salud, el desarrollo o el comportamiento de su bebé? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?</i>	No	Sí Yes	Omitir Skip	Other Questions

Si la respuesta es afirmativa, describa:

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: _____