

Benacare Medical Center, Inc.

HISTORIA PEDIÁTRICA Y CUESTIONARIO MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

¿Ha padecido algún familiar alguna enfermedad grave o anormalidades? (por ejemplo, enfermedad cardíaca, diabetes, tuberculosis, etc.)

Sí No Si fue así, por favor explique: _____

¿Se presentó algún problema con el embarazo de este niño? Sí No Si fue así, por favor explique: _____

¿Ha tenido este niño alguna de las enfermedades siguientes? (revise si fue así y proporcione la fecha):

	Sí	Fecha		Sí	Fecha		Sí	Fecha
Difteria	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de nariz/oidos/garganta	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de las coyunturas	<input type="checkbox"/>	_____
Tos ferina	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas urinarios/de riñón	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	_____
Polio	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas musculares/óseos	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	_____
Sarampión	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de sangre/anemia	<input type="checkbox"/>	_____	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	_____
Paperas	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/ ataques	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	_____
Varicela	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	_____	Asma	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	_____	Tifoidea	<input type="checkbox"/>	_____

¿Ha tenido el niño alguno de los siguientes eventos? (revise si fue así, explique y proporcione la fecha):

	Sí	Fecha	Explicación
Hospitalizaciones:	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cirugías:	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lesiones graves:	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	_____	_____

¿Ha padecido este niño algún problema grave de salud? Sí No Si fue así, por favor explique: _____

¿Está tomando este niño algún medicamento en este momento? Sí No Si fue así, por favor explique: _____

¿Tiene este niño alguna alergia? (por ejemplo, a medicamentos tales como la penicilina, alimentos, hierbas/ polen, etc.)

Sí No Si fue así, por favor explique: _____

¿Le han hecho al niño la prueba cutánea de tuberculina?

Sí No Si es así, proporcione la FECHA: ____/____/____ RESULTADO: _____

Proporcione el mes y año de cada vacuna que le han puesto a este niño:

Difteria, tétano, antipertussis (DPaT), tos ferina (DTaP)	1_____	2_____	3_____	4_____	5_____
Poliomielitis (IPV)	1_____	2_____	3_____	4_____	5_____
Haemophilus tipo B (HIB)	1_____	2_____	3_____	4_____	
Neumococo (Prevnar)	1_____	2_____	3_____	4_____	
Hepatitis B	1_____	2_____	3_____		
Rotavirus	1_____	2_____	3_____		
Virus del papiloma humano (Gardasil)	1_____	2_____	3_____		
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	1_____	2_____			
Hepatitis A	1_____	2_____			
Viruela (Varicela)	1_____	2_____			
Influenza	1_____				
Meningocócica	1_____				
Tétano, difteria, y tos ferina (Tdap)	1_____				