



KENSINGTON – GAITHERSBURG

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: (circule) baron hembra		
Persona que llenó el Formulario:	Fecha de Hoy:	Relación con el Paciente:			
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL			
Nombre del Hospital:		¿Quién vive en el hogar? _____ _____			
Enfermedades durante el embarazo	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	¿Cuántas personas viven en el hogar? _____			
Medicamentos durante embarazo	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Refugio			
Abuso de Alcohol o drogas	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	¿Quién cuida el niño/a? _____			
Problemas al Nacer	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento? _____			
Describa: _____		Madre: _____			
Tip de Parto	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Padre: _____			
Peso al Nacer: _____	Peso al darle de alta: _____	Trabajan los Padres Madre: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
El bebé recibió vacuna para Hepatitis B	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Padre: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____		Hogar Sustituto _____			
Examen Auditivo para recién nacidos	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____			
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD			
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido:		Alguna vez su niño/a ha tenido:			
Alergias (a qué) _____		Alergias (a qué) _____			
	¿Quién? _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>			
Asma	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Asma			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Varicela? (año): _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes de oído			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Problemas de Audición/Infecciones de la Vista			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Problemas de las Piel/Eczema			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	TB/Enfermedad del Pulmón			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Desordenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Hipertensión/Presión Alta			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón/Defectos			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Convulsiones	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedad del Hígado			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Diabetes			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Riñón/Vejiga			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Problemas Físicos o de Aprendizaje			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Desordenes de la Sangre/Hemofilia			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Problemas de habla	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Enfermedades Transmitidas Sexualmente			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales o de Comportamiento			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Abuso de Alcohol/Droga	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Depresión/Pensamientos Suicidas			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones/Cirugías			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Tiroides	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Abuso/Físico/Emocional/o Sexual			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Problemas en las Coyunturas/Huesos			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Obesidad/Trastornos Alimenticios			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Otras: _____		Otras: _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
		Lista de Medicamentos/s que toma: _____			
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____			