



KENSINGTON – GAITHERSBURG

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: _____
Persona que lleno el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relacion al 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"/>	_____	
Medicamentos durante embarazo	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	¿Cuentas personas viven en el hogar? _____	
Abuso de alcohol o drogas	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Refugio	
Problemas al nacer	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	¿Quién cuida el niño/a? _____	
Describe: _____		Fecha de nacimiento: Madre: _____	
Tipo 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"/>	
¿Él bebe 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? _____ Fecha: _____	
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 que) _____	Si/No ¿Quién?	Alergias (a que) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	
Asma	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Asma	
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	
Intentos suicidas/problemas mentales	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Problemas de audición/infecciones de la vista	
Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Problemas de la piel/eczema	
Presión alta/derrame	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	TB/enfermedad del pulmón	
Colesterol alto	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Convulsiones/epilepsia	
Desordenes de la sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Hipertensión/presión alta	
Diabetes	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Enfermedad del corazón/defectos	
Convulsiones	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Hepatitis/enfermedad del hígado	
Cáncer	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Diabetes	
Defectos de nacimiento	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Enfermedades del riñón/vejiga	
Pérdida de audición	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Problemas físicos o de aprendizaje	
Problemas de habla	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Desordenes de la sangre/hemofilia	
Enfermedades ranales	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Enfermedades transmitidas sexualmente	
Abuso de alcohol/drogas	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Problemas emocionales o de comportamiento	
Hepatitis/enfermedad del hígado	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Depresión/pensamientos suicidas	
Enfermedad de la tiroides	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Hospitalizaciones/cirugías	
Problemas de aprendizaje/ Déficit de atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Abuso físico/emocional/sexual	
Violencia domestica	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> _____	Problemas en la coyunturas/huesos	
Otras: _____		Obesidad/trastornos alimenticos	
Revisado por: _____		Otras: _____	
		Lista de medicamentos que toma: _____	
		Fecha que fue revisado: _____	

