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

Nombre del hospital: _____

Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si ☐

Medicamentos durante embarazo No ☐ Si ☐

Abuso de alcohol o drogas No ☐ Si ☐

Problemas al nacer No ☐ Si ☐

Describa: _____

Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea

Peso al nacer: _____ Peso al darle de alta: _____

¿Él bebe recibió vacuna para Hepatitis B? No ☐ Si ☐

Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____

Examen auditivo para recién nacidos: No ☐ Si ☐

HISTORIAL PSICOSOCIAL

¿Quién vive en el hogar? _____

_____

¿Cuentas personas viven en el hogar? _____

☐ Alquilan ☐ Casa propia ☐ Refugio

¿Quién cuida el niño/a? _____

Fecha de nacimiento: Madre: _____

Padre: _____

¿Trabajan los padres? Madre: No ☐ Si ☐

Padre: No ☐ Si ☐

¿Hogar sustituto? _____ Fecha: _____

¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido:

	Si/No	¿Quién?
Alergias (a que) _____	No ☐ Si ☐	_____
_____		
Asma	No ☐ Si ☐	_____
TB/Enfermedad del pulmón	No ☐ Si ☐	_____
VIH/SIDA	No ☐ Si ☐	_____
Intentos suicidas/problemas mentales	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedad del corazón	No ☐ Si ☐	_____
Presión alta/derrame	No ☐ Si ☐	_____
Colesterol alto	No ☐ Si ☐	_____
Desordenes de la sangre/"Sickle Cell"	No ☐ Si ☐	_____
Diabetes	No ☐ Si ☐	_____
Convulsiones	No ☐ Si ☐	_____
Cáncer	No ☐ Si ☐	_____
Defectos de nacimiento	No ☐ Si ☐	_____
Pérdida de audición	No ☐ Si ☐	_____
Problemas de habla	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedades ranales	No ☐ Si ☐	_____
Abuso de alcohol/drogas	No ☐ Si ☐	_____
Hepatitis/enfermedad del hígado	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedad de la tiroides	No ☐ Si ☐	_____
Problemas de aprendizaje/ Déficit de atencion ("ADD")	No ☐ Si ☐	_____
Violencia domestica	No ☐ Si ☐	_____

Otras: _____

_____

HISTORIAL DE SALUD

Alguna vez su niño/a ha tenido:

Alergias (a que) _____	No ☐ Si ☐	_____
_____		
Asma	No ☐ Si ☐	_____
Varicela (año): _____	No ☐ Si ☐	_____
Infecciones frecuentes de oído	No ☐ Si ☐	_____
Problemas de audición/infecciones de la vista	No ☐ Si ☐	_____
Problemas de la piel/eczema	No ☐ Si ☐	_____
TB/enfermedad del pulmón	No ☐ Si ☐	_____
Convulsiones/epilepsia	No ☐ Si ☐	_____
Hipertensión/presión alta	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedad del corazón/defectos	No ☐ Si ☐	_____
Hepatitis/enfermedad del hígado	No ☐ Si ☐	_____
Diabetes	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedades del riñón/vejiga	No ☐ Si ☐	_____
Problemas físicos o de aprendizaje	No ☐ Si ☐	_____
Desordenes de la sangre/hemofilia	No ☐ Si ☐	_____
Enfermedades transmitidas sexualmente	No ☐ Si ☐	_____
Problemas emocionales o de comportamiento	No ☐ Si ☐	_____
Depresión/pensamientos suicidas	No ☐ Si ☐	_____
Hospitalizaciones/cirugías	No ☐ Si ☐	_____
Abuso físico/emocional/sexual	No ☐ Si ☐	_____
Problemas en la coyunturas/huesos	No ☐ Si ☐	_____
Obesidad/trastornos alimenticos	No ☐ Si ☐	_____

Otras: _____

Lista de medicamentos que toma: _____

_____

Revisado por:	Fecha que fue revisado: