



MOUNTAINLAND  
PEDIATRICS

**Cuestionario de Historial Médico Familiar**

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Sexo M F (circular)
Persona que lleno el Formulario :	Fecha de Hoy:	Relación con el Paciente:
<b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>		<b>HISTORIAL PHICOCOSIAL</b>
Nombre del Hospital:		¿Quien vive en el hogar? _____
Enfermedades durante el embarazo No Si		¿Cuántas personas viven en el hogar? _____
Medicamentos durante el embarazo No Si		Alquilan Casa Propia Refugio (circule)
Abuso del Alcohol o Drogas No Si		¿Quién cuida el niño (a)? _____
Problemas al Nacer No Si		Fecha de Nacimiento de, Madre _____ Padre _____
Describa:		Trabajan los Padres Madre No Si (circule) Padre No Si
Tipo de Parto: Vaginal Cesárea (circular)		Hogar Sustituto : _____ Fecha :
Peso al Nacer: Peso al darle alta:		¿Qué otro Idioma(s) se hablan en la casa?
El bebe recibió vacuna para Hepatitis B: No Si (circular)		
Fecha de vacuna de Hepatitis B:		
Examen Auditivo para recién nacidos No Si		
<b>HISTORIAL FAMILIAR</b>		<b>HISTORIAL DE SALUD</b>
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tios(as) hermanos(as) que hayan tenido: ¿Quién?		Alguna vez su niño(a) ha tenido
Alergias (a que) No Si		Alergias (a que) _____ No Si
Asma No Si		Asma No Si
TB/Enfermedad del Pulmón No Si		Varicela (año) _____ No Si
HIV/SIDA No Si		Infecciones frecuentes de oído No Si

Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No	Si	Problemas de Audición/Infecciones De la Vista	No	Si
Enfermedad del Corazón	No	Si	Problemas de la Piel/eczema	No	Si
Presión alta/Derrame	No	Si	Asma/Alergias	No	Si
Colesterol Alto	No	Si	TB/Enfermedad del pulmón	No	Si
Desorden de la Sangre/Sickle cells	No	Si	Convulsiones/Epilepsia	No	Si
Diabetes	No	Si	Hipertensión/Presión Alta	No	Si
Convulsiones	No	Si	Enfermedad del Corazón/Efectos	No	Si
Alergias/Asma	No	Si	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No	Si
Desordenes Mentales	No	Si	Diabetes	No	Si
Cáncer	No	Si	Enfermedades del Riñón/Vagina	No	Si
Defectos del Nacimiento	No	Si	Problemas Físicos o de Aprendizaje	No	Si
Pérdida de Audición	No	Si	Desordenes de la Sangre/Hemofilia	No	Si
Problema de Habla	No	Si	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	No	Si
Enfermedades Renales	No	Si	Problemas Emocionales o de Comportamiento	No	Si
Abuso de Alcohol/Drogas	No	Si	Depresión/Pensamientos Suicidas	No	Si
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No	Si	Hospitalización/Cirugías	No	Si
Enfermedad de la Toroide	No	Si	Abuso, Físico, Emocional, o Sexual	No	Si
Problemas de Aprendizaje	No	Si	Problemas en las coyunturas/Huesos	No	Si
Difícil de Atención (ADD)	No	Si	Obesidad/Trastornos Alimenticos	No	Si
Violencia Domestica	No	Si	Otras: Lista de Medicamentos que toma:		
Revisado Por:			Fecha que fue Revisado:		
Updated. 5/2014					