



HISTORIA DE SALUD DE NINOS DE 18 MESES A 12 ANOS

Nombre de niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Ha tenido su hijo(a) enfermedades serias? _____ SI _____ NO
2. Ha estado su hijo(a) en el Hospital? _____
3. Ha tenido su hijo(a) la ultima vacuna del tetano? _____
4. Tiene su hijo(a) alergias a alguna medicina? _____
5. Cuando tuvo su hijo(a) alergias a alguna meicina? _____
6. Esta su hijo(a) tomando medicinas ahora? _____ SI _____ NO Cuales? _____
7. Han tenido los hermanos, padres o abuelos de su bebe los siguientes problemas?
 Alergias _____ Asma _____ defectos de nacimiento _____ diabetes _____ presion alta _____
 problemas de teroides _____ epilepsia _____ problemas de alcoholism _____ hepatitis _____ cancer _____
 tuberculosis _____ impedimientos fisicos _____ enfermedades mentales _____ problemas con drogas _____
 muerte antes de los 50 anos por ataque al Corazon _____
8. Alguien en casa fuma? _____ SI _____ NO
9. Ha abusado alguien de ti o de algun familiar fisicamente o sexualmente? _____
10. Tienes algunos de los siguientes problemas?
 acne _____ sida _____ problemas de los hojos _____ problemas en la escuela _____
 problemas en la familia _____ desarrollo del cuerpo _____ aumento de peso _____
 problemas dentales _____ otra clase de problemas _____
11. Por favor conteste lo siguientes preguntas:
 Si estamos viendo a su bebe hoy por una enfermedad, que ubiera hecho usted si nuestra clinica hubiera estado cerrada?
 a. Ido a otro doctor?
 b. Ido a el cuarto de emergencia?
 c. Ido a otra clinica?
 d. Hubiera esperado mas hasta que la situacion se hubiera puesto peor?
 e. No hubiera hecho nada porque no tiene como pagar?
12. Tiene usted algunas preguntas o preocupaciones de diferente razon por la que trajo a su bebe aqui hoy?

Firma de el Padre _____

Fecha: _____

Firma de el doctor o enfermera _____

Fecha: _____