



HISTORIA DE LA SALUD INFANTIL

Nombre: _____ **Sexo:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Edad: _____ **Informante:** _____

Embarazo & Nacimiento

of Niños _____ ganancia/pérdida de peso _____
 Edad de la mama al tiempo de nacimiento de bebe _____
 Número de años entre el embarazo anterior y este niño ____ cuidado de embarazo comenzó: 1 2 3
 Vitaminas: Y N Hierro Y N
 Si niño/niña tiene más de 5 años: sin complicaciones de embarazo, parto, y vivero Y N (en caso afirmativo, proceder a médicos de la salud infantil)

COMPLICACIONES MATERNAS	MATERNAL Sustancia Uso	Nacimiento
<input type="checkbox"/> Enfermedades dentales <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Parto prematuro <input type="checkbox"/> Enfermedad parecida a la gripa <input type="checkbox"/> Alta temperatura <input type="checkbox"/> Infección de riñón/vejiga <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> RH Negativo <input type="checkbox"/> Exposición a la tuberculosis <input type="checkbox"/> Exposición a plomo/productos químicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos OTC <input type="checkbox"/> Medicamentos de prescripción <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas de la calle <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Otros:	Lugar de Nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/> Prematuro ____ (semanas) <input type="checkbox"/> Más de dos semanas de retraso Typo: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps Complicaciones <input type="checkbox"/> Presentación de nalgas <input type="checkbox"/> Nacimientos múltiples <input type="checkbox"/> Otros _____

Vivero Curso Peso de nacimiento _____ longitud al nacer _____
 Dificultad con la respiración inicial infección ictericia tratamiento req.
 Soplo del corazón transfusión convulsiones
 Evaluación del recién nacido (fecha/lugar) 1) _____ 2) _____

Antecedentes Médicos: Enumere todas las enfermedades **Alergies a medicinas:**
 Asma alergias Eczema infecciones del oído faringitis estreptocócica
 neumonía convulsiones Anemia Otro(s): _____

Historial médico familiar:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> HIV: individual en casa
<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> otro inmunosupresión
<input type="checkbox"/> hipertensión	<input type="checkbox"/> enfermedad del músculo/hueso	<input type="checkbox"/> Enfermedades dentales
<input type="checkbox"/> Asma/alergia	<input type="checkbox"/> enfermedad genética	<input type="checkbox"/> abuso de Alcohol/Drogas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> el uso del tabaco
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> trastorno de aprendizaje
<input type="checkbox"/> La violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Otros: