



FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

A. INFORMACIÓN GENERAL

Región: _____ Centro: _____

Nombre del Niño(a): _____ Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____
 Día Mes Año

Nombre del médico de cabecera del niño(a): _____

Teléfono de la oficina: _____

Dirección donde recibe servicios de salud: _____

Plan Médico: _____ Reforma Privado

Lugar donde acude en situaciones de emergencias médicas: _____

Teléfono: _____

B. INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR PADRE, MADRE O ENCARGADO DEL NIÑO(A):

1. Nombre y Apellidos: _____

Relación con el Niño(a): _____

2. Nombre del Padre, Madre o Encargado(a) del Niño(a): _____

3. Persona a cargo durante el día: _____

4. En caso de emergencia médica notificar a:

a. _____ Teléfono: _____

b. _____ Teléfono: _____

Página 2

Formulario de Historial Clínico

C. ALGÚN FAMILIAR ¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES DE SALUD?				
CONDICIÓN	PARENTESCO CON EL NIÑO(A)	HA PADECIDO	PADECE	NINGUNO EN LA FAMILIA HA PADECIDO
Asma				
Tuberculosis				
Historial de Epilepsia				
Obesidad				
Diabetes				
Colesterol/Triglicéridos				
Anemia				

D. HISTORIAL FAMILIAR Y DE NACIMIENTO	SI	NO	Si es afirmativo favor explicar
<p>1. Edad del padre y la madre: Padre: _____ Madre: _____</p> <p>2. Número de hijos y edades: _____ número _____ edades</p> <p>3. Los hijos : ¿Presentan alguna condición de salud?</p> <p>4. Peso y talla del niño al nacer: _____ lbs. _____ oz. _____ pulgadas</p> <p>5. Al nacer ¿presentó el niño (a) algún problema ?</p> <p>6. Al nacer ¿se realizó la prueba de cernimiento metabólico?</p> <p>7. Al nacer ¿se realizó la prueba de cernimiento auditivo?</p>			

Página 3

Formulario de Historial Clínico

E. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD	SI	NO	Comentarios
<p>1. Padece de:</p> <p><input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> falta de apetito</p> <p><input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> episodios frecuentes de diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> episodios frecuentes de vómitos</p> <p><input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> otros</p> <p>2. Tiene o ha tenido:</p> <p>___ problemas al caminar</p> <p>___ problemas de visión ¿usa o necesita lentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>___ problemas para oír</p> <p>___ convulsiones</p> <p>___ picor anal frecuente</p> <p>___ varicelas</p> <p>___ tosferina</p> <p>___ asma</p> <p>___ problemas del corazón</p> <p>___ alergias (especifique a cuales es alérgico(a)):</p> <p> ___ a alimentos: _____</p> <p>_____</p> <p> ___ a medicamentos: _____</p> <p> ___ a piel: _____</p> <p>___ infecciones de orina</p> <p>___ infecciones de oído</p> <p>___ sangrado</p> <p>___ alta presión</p> <p>___ defectos congénitos: especifique</p> <p>___ otras enfermedades propias de la niñez</p>			<p>Favor de sustituir estos alimentos por:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Cómo?: _____</p> <p>Especifique: _____</p>

F. HISTORIAL DE ALIMENTACIÓN	SI	NO	N/A	Comentarios
<p>1. Lactancia ___ Si ___ No</p> <p>2. Fórmula que utiliza:</p> <p>3. ¿Leche de vaca?</p> <p>4. Cereales que consume:</p> <p>___ arroz ___ avena ___ cebada</p> <p>___ trigo ___ granos mixtos</p> <p>___ con alto contenido de proteínas</p> <p>___ todos</p> <p>5. Hortalizas ¿Cuáles consume?</p> <p>6. Carnes: ¿Cuáles consume?</p> <p>7. ¿Quesos?</p> <p>8. Granos: ¿Cuáles consume?</p> <p>9. arroz, viandas, pastas?</p> <p>10. ¿Galletas, pavo y yogurt?</p>				
<p>3. Alguna de estas condiciones, ¿Interfieren con el funcionamiento del niño(a)?</p> <p>4. El niño(a) ¿ha estado hospitalizado para ser operado?</p>				

G. ¿RECIBE WIC?			
------------------------	--	--	--

Nombre y Apellidos del Padre, Madre o Tutor(a) del Niño

Firma del Padre, Madre o Tutor del Niño(a)

_____/_____/_____
 Día Mes Año