Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F (circule)
Persona que llenó el Formulario:	Fecha de Hoy:	Relación con el 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_____
El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No☐ Si ☐
Fecha de la vacuna de Hepatitis B:_____
Examen Auditivo para recien nacidos No ☐ Si ☐

HISTORIAL PSICOSOCIAL

¿Quién vive en el hogar?_____
_____
¿Cuántas 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:

			¿Quién?
Alergias (a qué) _____	No ☐	Si ☐	_____
Asma	No ☐	Si ☐	_____
TB/Enfermedad del Pulmón	No ☐	Si ☐	_____
VIH/SIDA	No ☐	Si ☐	_____
Intentos Suicidas/Problemas	No ☐	Si ☐	_____
Mentales	No ☐	Si ☐	_____
Enfermedad del Corazón	No ☐	Si ☐	_____
Presión alta/Derrame	No ☐	Si ☐	_____
Colesterol Alto	No ☐	Si ☐	_____
Desórdenes de la	No ☐	Si ☐	_____
Sangre/"Sickle Cell"	No ☐	Si ☐	_____
Diabetes	No ☐	Si ☐	_____
Convulsiones	No ☐	Si ☐	_____
Alergias/Asma	No ☐	Si ☐	_____
Desórdenes Mentales	No ☐	Si ☐	_____
Cáncer	No ☐	SI ☐	_____
Defectos de Nacimiento	No ☐	Si ☐	_____
Pérdida de Audición	No ☐	Si ☐	_____
Problemas de habla	No ☐	Si ☐	_____
Enfermedades Renales	No ☐	Si ☐	_____
Abuso de Alcohol/ Droga	No ☐	Si ☐	_____
Hepatitis/Enfermedad del	No ☐	Si ☐	_____
Hígado	No ☐	Si ☐	_____
Enfermedad de la Tiroide	No ☐	Si ☐	_____
Problemas de Aprendizaje/	No ☐	Si ☐	_____
Deficit de Atención ("ADD")	No ☐	Si ☐	_____
Violencia Doméstica			

Otras:_____

HISTORIAL DE SALUD

Alguna vez su niño/a ha tenido:

Alergias (a qué)_____		
Asma	No ☐	Si ☐
Varicela (año) _____	No ☐	Si ☐
Infecciones frecuentes de oído	No ☐	Si ☐
Problemas de Audición/Infecciones	No ☐	Si ☐
de la Vista	No ☐	Si ☐
Problemas de la Piel/Eczema	No ☐	Si ☐
Asma/Alergias	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 ☐
Desórdenes 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/ o Sexual	No ☐	Si ☐
Problemas en las Coyunturas/Huesos	No ☐	Si ☐
Obesidad/Trastornos Alimenticios	No ☐	Si ☐

Otras: _____
Lista de Medicamento/s que toma:_____

Revisado por:	Fecha que fue Revisado:

Updated: 4/06