

CHILDREN'S OASIS PEDIATRICS

HISTORIA DE SALUD

NOMBRE _____

SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININA	RAZA	NUMERO DE SUGURIDAD SOCIAL	FECHO DE NACIMIENTO
--	------	----------------------------	---------------------

Por favor indique todas personas en la familia:

NOMBRE	FECHO DE NACIMIENTO	OCUPACION	EDUCACION
Padra			
Madre			
Otro			
Otro			
Otro			
Otro			

Ha habido ambios o tensiones recientes mayores en la vida del nino? SI NO

Si es "SI", explique _____

Va el nino a una ninera, preescuela o guarderia infantile regularmente? SI NO

HISTORIA DEL NACIMIENTO:

Peso al Nacer _____ Longitud _____ Lugar _____

Durante la prenez, la madre visito a un doctor regularmente? SI NO

Durante la prenez, la madre: (Si es "SI", explique) Explanacion

Tenia cualquier problema medico? SI NO _____

Fumaba o bebia? SI NO _____

Usaba cualquier medicaiones? SI NO _____

Usaba alcohol u otras drogas? SI NO _____

Tuvo problemas con el parto? SI NO _____

Cuanto tiempo estuvo el bebe en el hospital despues del nacimiento? _____

HISTORIA MEDICA PASADA:

Es la salud general del nino: BUENA? ADECUADA? MALA? Explanacion

Es nino tiene alergias cualesquiera? SI NO _____

Esta el nino tomando medicaciones cualesquiera? SI NO _____

Por favor indique cualquier hospitalizacion, operacion, enfermedades serias o accidents con las fechas:

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Nunca tuvo el niño problemas cualesquiera con los siguientes? Si es "SI" por favor explique.

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Ojos/Vision | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pies | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Digestion/Nutricion | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Oidos/Oida | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Orina/Rinones | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| coyunturas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Piel | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Pulmones | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Dientes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| corazon | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Ataques | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Infecciones Repetidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

HISTORIA DE FAMILIA

Han muerto cualesquiera de los hermanos del niño? SI NO _____

Si es "SI"

Han sufrido de las enfermedades siguientes cualesquiera de los parientes consanguineos del niño? Si es "SI" indique el miembro de familia..

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Hipertension Arterial | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Enfermedad de Rinones | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Alergias/Asma | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Cancer | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Prblemas Mental/Emocional | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Celula Falciforme | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Ataques | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

DESARROLLO

Tiene usted cualquier ansiedad acerca de los siguientes? Si es "SI" por favor explique.

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Desarrollo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Componamiento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Costumbres de Comer | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Costumbres de Dormir | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Experiencia de Escuela | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Costumbres de Bano/Excusado | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Disciplina | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |
| Otro (explique) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | _____ |

IMMUNIZACIONES

Al corriente? SI NO

Reviewed By: _____ Date: _____