

HISTORIAL DE SALUD PEDIÁTRICA

(De 0 a 10 años)

Información del paciente	Fecha de hoy:
Nombre en el seguro: Apellido: _____ Nombre: _____	Nombre con el que te identificas: Apellido: _____ Nombre: _____
Idioma primario: ¿Necesitas un intérprete?	Farmacia preferida:
Fecha de nacimiento:	Pronombres:
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual	Identidad de género:
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	
Nombre(s) del tutor legal:	Parentesco con el paciente:
Raza:	Etnia:
¿Está transfiriendo la atención desde otro proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", nombre y teléfono del proveedor anterior:

¿Cuáles son los principales motivos para acudir hoy a la clínica?: *Tenga en cuenta lo más prioritario.* Establecer atención primaria

Historial de salud

	Alérgeno	Reacción	Gravedad	Edad de aparición
<input type="checkbox"/> Sin alergias				
<input type="checkbox"/> Necesita EpiPen				
<input type="checkbox"/> Ver adjunto				

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de la prescripción
__ Ninguno			
__ Ver adjunto			

Suplemento	Dosis	Frecuencia	Motivo por el que lo toma
__ Ninguno			
__ Ver adjunto			

Enumerar todas las enfermedades o diagnósticos conocidos, eventos importantes (cirugías, hospitalizaciones, accidentes) e imágenes. Si corresponde, incluir nombre del proveedor e información de contacto.

Diagnóstico	Fecha	Nombre del especialista	Contacto de la clínica

Eventos importantes: cirugías, hospitalizaciones, accidentes	Fecha	Imágenes (rayos x, resonancia magnética, tomografía computarizada, ultrasonido, ECG, ecografía, etc.)	Contacto de la clínica

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
TDaP (tétanos, difteria, tos ferina)		DTaP	
Rotavirus		Gripe estacional	
Haemophilus influenzae		Neumococo	
Poliovirus		Varicela/viruela	
Hepatitis A		Hepatitis B	
MMR (sarampión, paperas, rubéola)		Meningococo	
COVID		Otra:	

Historial de salud familiar: (Incluir casos de cáncer, hipertensión, abuso de sustancias, diabetes, diagnósticos cardíacos, etc.)

Parentesco	Edad, si vive	Edad de la muerte	Historial médico
Madre			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Padre			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Hermanos			

Historial gestacional

Responder las preguntas sobre la madre que dio a luz al niño.

Edad de la madre durante el embarazo:	Peso al nacer:	Duración de la gestación:
Número de embarazos anteriores:	Duración del trabajo de parto:	___ Completa ___ Prematura ___ Tardía
	Puntaje de APGAR:	
Salud de la madre durante el embarazo:	Complicaciones:	Alimentación
___ Sangrado	___ Lesión de nacimiento	___ Lactancia materna
___ Náuseas	___ Bebé azul	___ Alimentación con fórmula
___ Hipertensión	___ Ictericia	Edad de inicio de alimentos sólidos:
___ Consumo de sustancias	___ Parálisis cerebral	Primeros alimentos:
___ Consumo de tabaco	___ Fiebre	
___ Diabetes	___ Erupción	
___ Problemas de tiroides	___ Cólicos	
	___ Problemas de alimentación	
Edad a la que se sentó:	Edad a la que caminó:	Información adicional:
Edad a la que gateó:	Edad a la que habló:	

Historial social y evaluación de seguridad

¿Con quién vive el niño?	Familiares en el hogar:
¿La familia tiene suficiente para comer? __ Sí __ No	¿La familia vive en una vivienda estable? __ Sí __ No
¿Hay detectores de humo y monóxido de carbono en la casa? __ Sí __ No	¿Hay problemas de humedad en la casa? __ Sí __ No
¿La familia tiene transporte estable? __ Sí __ No	¿Su hijo/a sufre acoso? __ Sí __ No
Exposiciones: __ Humo de tabaco __ Plomo __ Artefactos que queman combustible __ Radón __ Otro	¿Su hijo utiliza alguno de los siguientes elementos?: __ Casco __ Cinturón de seguridad __ Silla para automóvil __ Protector solar
¿Hay armas en su casa? __ Sí __ No Si la respuesta es "Sí", ¿están almacenadas de forma segura? __ Sí __ No	Grado en la escuela: ¿Su hijo/a asiste a la guardería? __ Sí __ No
¿Su hijo/a duerme la siesta? __ Sí __ No	¿Tiene pesadillas o sonambulismo? __ Sí __ No
¿Moja la cama? __ Sí __ No	¿El niño duerme con sus padres? __ Sí __ No
Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia estimaría que alguien le hizo algo de lo siguiente a su hijo/a?	
Dañarlo/a físicamente	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
Insultarlo/a o hablarle con desdén	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
Amenazarlo/a con daño físico	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
Gritarle o maldecirlo/a	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia
Obligarlo/a a tener sexo	__ Nunca __ Rara vez __ A veces __ Con bastante frecuencia __ Con frecuencia

Revisión de sistemas: Indique si su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el año pasado.

Sistema	Síntomas	Información adicional
Constitución	<input type="checkbox"/> Cambio de peso <input type="checkbox"/> Poco apetito <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Nivel de actividad anormal <input type="checkbox"/> Quisquilloso/a <input type="checkbox"/> Fatiga	
Ojos, boca, garganta, nariz y oídos	<input type="checkbox"/> Gafas/lentes de contacto <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Ojos rojos <input type="checkbox"/> Picazón ocular <input type="checkbox"/> Inflamación ocular <input type="checkbox"/> Secreción ocular <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Secreción de oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Presión en los senos nasales <input type="checkbox"/> Babeo excesivo <input type="checkbox"/> Hinchazón facial <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Lesiones bucales <input type="checkbox"/> Mal aliento <input type="checkbox"/> Problemas dentales	Último examen de la vista: Proveedor: Último examen dental: Proveedor:
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca anormal <input type="checkbox"/> Palpitaciones	
Pecho	<input type="checkbox"/> Bultos en el pecho <input type="checkbox"/> Sensibilidad en el pecho <input type="checkbox"/> Secreción del pezón	
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Respiración dolorosa <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho	
Digestivo	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Heces con mucosidad <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Estreñimiento	
Genitourinario	<input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Dolor genital <input type="checkbox"/> Prurito genital <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Urgencia para orinar <input type="checkbox"/> Inflamación genital <input type="checkbox"/> Bulto en los genitales <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Enrojecimiento en los genitales	
Músculos y huesos	<input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> Disminución del rango de movimiento	
Piel	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Descamación <input type="checkbox"/> Dermatitis del pañal <input type="checkbox"/> Crecimientos en la piel <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Lesiones en la piel <input type="checkbox"/> Moretones	
Neurológico	Dolor de cabeza Hormigueo Mareos Entumecimiento Quemazón Desmayos <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Dolor punzante	
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Desinterés <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Distracción <input type="checkbox"/> IEP implementado	¿Su hijo/a ve a un terapeuta? _Sí _No Proveedor: ¿Su hijo/a ve a un prescriptor psiquiátrico? _Sí _No Proveedor:
Endocrino	<input type="checkbox"/> Sed anormal <input type="checkbox"/> Intolerancia a las temperaturas	
Sistema inmunitario	<input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes	

Detección de riesgos para la salud bucal

Esta herramienta fue desarrollada por la Academia Estadounidense de Pediatría para evaluar los riesgos para la salud bucal. Su objetivo es ayudar a documentar los factores de riesgo de caries dentales.

Factores de riesgo	Factores de protección
El cuidador principal tuvo caries activas en los últimos 12 meses __Sí __No	Atención dental existente __Sí __No
El cuidador principal no tiene dentista __Sí __No	Bebe agua fluorada o toma tabletas de flúor __Sí __No
Usa botellas o vasos para sorber para líquidos que no sean agua __Sí __No	Tratamiento con flúor en los últimos 12 meses __Sí __No
Meriendas frecuentes __Sí __No	Se cepilla los dientes dos veces al día __Sí __No
Tiene necesidades especiales de atención médica __Sí __No	
Elegible para Medicaid __Sí __No	