



## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Name: \_\_\_\_\_  
 MR #: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 or Apply Patient Label

**Por favor conteste lo siguiente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lengua materna:  Inglés  Español  Otra \_\_\_\_\_

Su niño escribe con la:  Mano derecha  Mano izquierda  Ambas

	Nombre	Dirección	Teléfono	Fax
Médico de Cabecera				
Médico derivador				

**Otros profesionales de salud que atienden al niño**

Especialidad	Nombre	Dirección	Teléfono	Fax

**Principales razones o preocupaciones por las que hizo esta cita:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Lista de los medicamentos con receta, sin receta, hierbas, vitaminas y suplementos (incluya dosis y horarios) :**

Medicamento	Dosis	Frecuencia

**Lista de alergias y reacciones a medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Están las vacunas al día?  Sí  No



**Lista de problemas de salud en el pasado:**

---

---

---

---

---

---

**Lista de cirugías en el pasado (si es posible, incluya las fechas, en qué parte del cuerpo y la edad del niño ) :**

---

---

---

---

---

**Lista de medicamentos prescritos en el pasado para tratar el problemas que la trae a la cita hoy día:**

---

---

---

---

---

**Listas de pruebas de diagnóstico o exámenes de laboratorio que le han hecho en el pasado, dónde y cuándo:**

---

---

---

---



## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Name: \_\_\_\_\_  
 MR #: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 or Apply Patient Label

### Embarazo, Trabajo de Parto y Parto

**Evaluación prenatal preventiva (marque el resultado):**

Grupo Strep B	Positivo	Negativo	No sé	No se realizó
Hepatitis B	Positivo	Negativo	No sé	No se realizó
HIV	Positivo	Negativo	No sé	No se realizó
Rubeola	Positivo	Negativo	No sé	No se realizó

**Información de la Madre Biológica:**

Edad en el parto		
¿Qué número de parto es éste?		
¿Cuántos bebés nacidos vivos ha tenido?		
¿Cuántas libras aumentó en este embarazo?		
¿La concepción fue producto de fecundación in vitro?		
¿Le hicieron exámenes genéticos?		
¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido?		
¿Cuántos abortos provocados?		

**La madre biológica ¿ presentó alguno de los siguientes problemas durante el embarazo? (marque la respuesta)**

Anemia	Sangrado	Fiebre	Infección	Fetos múltiples
Trabajo de parto	Presión alta	Radiografías	Diabetes gestacional	

**Durante el embarazo, la madre biológica utilizó lo siguiente:**

Medicamentos	
Cigarrillos	
Alcohol	
Drogas ilegales	

**Nacimiento:**

Hospital		Duración del parto	
Edad de gestación		Presentación	Cabeza <input type="checkbox"/> Nalgas <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/>
Peso al nacer		Problemas durante el	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Longitud al nacer		Ventosa o fórceps	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tamaño de la cabeza		Brazo,	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cesárea		
Razón de la cesárea			

**Estado del bebé y asistencia que recibió después del parto:**

Reanimación	Cuidado intensivo	Sangrado en el cerebro	Infección
Ventilación mecánica	Ictericia	Hidrocefalia	Problemas en los ojos
Oxígeno	Problemas de alimentación	Convulsiones	Problemas de audición
CPAP	Apnea o bradicardia	Transfusión de sangre	Defectos de nacimiento
Debilidad en brazos, piernas			

¿Le sacaron radiografías al bebé? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía el bebé cuando salió del hospital? \_\_\_\_\_

Persona con quien salió el bebé del hospital \_\_\_\_\_

La madre biológica sufrió de depresión post parto? (tristeza después del parto)  Sí  No



**Antecedentes del desarrollo- considera que el niño :**

- ¿Se está desarrollando en forma normal?  Sí  No  
 ¿Puede ver bien?  Sí  No ¿Examen fidedigno?  Sí  No  
 ¿Puede escuchar bien?  Sí  No ¿Examen fidedigno?  Sí  No

Indique la edad en meses cuándo el niño logró:

SISTEMA MOTOR		POR SÍ MISMO		LENGUAJE	
Sentarse		Tomar la mamila		Balbucear	
Gatear		Entregar la mamila		Mamá, Papá	
Caminar solo		Usar cuchara		Otra palabra	
Correr		Usar tenedor		Entiende "no"	
Pedalear triciclo		Beber de una taza		Indicar	
Andar en bicicleta		Desvestirse		Saludar con la mano	
Subir peldaños		Pedir ir al baño		Obedecer órdenes	
Agarre de pinza		No se orina en la noche		Frases de 2 palabras	
Preferir una mano		Vestirse solo		Frases de 3 palabras	

**¿El niño utiliza algún equipo especial diariamente?**

- Soporte ortopédico \_\_\_\_\_  
 Andador o muletas \_\_\_\_\_  
 Silla de ruedas \_\_\_\_\_  
 Dispositivo de comunicación \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE TERAPIAS**

¿El niño recibió intervención temprana?  Sí  No

Si es afirmativo, describa:

	¿De quién?	Frecuencia
Terapia del habla		
Terapia ocupacional		
Terapia física		

**ANTECEDENTES ESCOLARES:**

PRE-ESCOLAR Y ESCUELA QUE ASISTE	FECHAS DE INSCRIPCIÓN	EDUCACIÓN ESPECIAL	TERAPIAS

Desempeño en la escuela	Excelente	Bueno	Promedio	Pobre
Nivel de lectura	Excelente	Bueno	Promedio	Pobre
Nivel en matemáticas	Excelente	Bueno	Promedio	Pobre

**Conducta- ¿él niño muestra estas conductas?**

	¿En la casa?	¿En la escuela?
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de atención limitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malas decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Le han hecho al niño pruebas neuropsicológicas o de desarrollo?  Sí (explique)  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Resultados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Name: \_\_\_\_\_  
 MR #: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 or Apply Patient Label

### Antecedentes Familiares

- Problemas de salud desconocidos                       Desconocido, paciente adoptado

¿Quién de los padres, hermanos, tíos, tías, primos sufre de lo siguiente?

	Enfermedad	¿Cuál miembro de la familia es el afectado?
<input type="checkbox"/>	Asma	
<input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos o de coagulación	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	
<input type="checkbox"/>	Presión alta	
<input type="checkbox"/>	Muerte súbita o prematura	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades al hígado	
<input type="checkbox"/>	Cancer	
<input type="checkbox"/>	Tiroides	
<input type="checkbox"/>	Neurofibromatosis	
<input type="checkbox"/>	Esclerosis tuberosa	
<input type="checkbox"/>	Trastornos genéticos o metabólicos	
<input type="checkbox"/>	Tumor en el cerebro o en la espina dorsal	
<input type="checkbox"/>	Craniosinostosis	
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza o jaquecas	
<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	
<input type="checkbox"/>	Trastornos musculares o de los nervios	
<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento	
<input type="checkbox"/>	Ceguera o sordera	
<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/>	Espina bífida	
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	
<input type="checkbox"/>	Trastornos de movimiento	
<input type="checkbox"/>	Tics o Síndrome de Tourette	
<input type="checkbox"/>	Discapacidad Intelectual	
<input type="checkbox"/>	Retrasos en el desarrollo	
<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	
<input type="checkbox"/>	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad atención	
<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	
<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	
<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	
<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar	
<input type="checkbox"/>	Depresión	
<input type="checkbox"/>	Ansiedad y Trastorno obsesivo compulsivo	
<input type="checkbox"/>	Temores y fobias	
<input type="checkbox"/>	Trastornos del sueño	







# ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Name: \_\_\_\_\_  
 MR #: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 or Apply Patient Label

## Revisión del Estado de Salud

¿El paciente sufre o se queja de algunos de estos síntomas?

Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>General</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Aparato Gastrointestinal</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebres recientes, escalofríos, sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea o vómitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o aumento significativo de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o molestia estomacal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de la conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesfágico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de interés por jugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento o diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o cambios en la función intestinal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos relacionados con el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:
		<b>Piel</b>			<b>Aparato Urinario</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido o heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción frecuente o excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manchas de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
		<b>Sistema Endocrino</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transpiración excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o cambios en el control de la vejiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed y micción excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orinarse en la cama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hambre excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de mucho calor o mucho frío			<b>Aparato Musculoesquelético</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo sexual prematuro; pubertad temprana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o hinchazón de las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espasmos musculares o calambres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad, caídas frecuentes
		<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución visual, visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espasticidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posturas anormales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambliopía u ojos que no enfocan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimientos sin control
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores o tics
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis o curvatura de la columna vertebral
		<b>Oídos, Nariz y Garganta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos			<b>Hematología</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección o drenaje de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia o facilidad para tener moretes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión o secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrados difíciles de controlar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar líquidos o sólidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regurgitación por la nariz			<b>Dental</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empeoramiento o aumento de las arcadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caries
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en la calidad o tono de voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para lavarse los dientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No ha tenido cita con el dentista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas:			<b>Trastornos del sueño</b>
		<b>Aparato Cardio-Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechina los dientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueño excesivo durante el día
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonambulismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Color azulado alrededor de la boca			<b>Psiquiátrico</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altibajos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas severos de conducta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros



Yes No

Revisión del Sistema Nervioso

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos con el ejercicio	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello o espalda	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormecimiento, hormigueo	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos, desvanecimiento	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Episodios de mirada fija	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de equilibrio	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la coordinación, fuerza	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios del paso o al caminar	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusión o desorientación	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de la conducta	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios académicos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la concentración	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el lenguaje	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe en la cabeza con o sin pérdida de conocimiento	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Previa lesión en el cuello	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con incontinencia, urinaria, fecal o ambas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma o abuso previo	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas	_____

Formulario completo  
por  
Relación con el  
naciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_