

Cuestionario de Historia Médica Pediátrico

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Guardián/Padres: _____
 Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
 Nombre de su Médico: _____
 Correo Electrónico: _____
 Estatura: _____
 Número de Seguro Social: _____

Fecha: _____/_____/_____
 Teléfono: _____
 Teléfono de Trabajo: _____
 Pediatra (si aplique): _____
 Ultimo Examen Ocular: _____/_____/_____
 Teléfono del Medico: _____
 Ultimo Examen Físico: _____/_____/_____
 Peso: _____

HISTORIA MÉDICA

¿El niño tiene alergias a algunas medicinas? (por favor marque) Sí No Si ha tenido, explique: _____

Anote las medicinas que el niño toma (incluyendo, aspirina, medicina comprada sin prescripción, y remedios alternativos):

Anote todas las lesiones del cuerpo, cirugías, y hospitalización: _____

Historia ocular del niño: ha tenido o tiene estrabismo, ambliopía, párpado caído, ojos prominentes, glaucoma, degeneración de la retina, cataratas, u ojo lesionado. Otro diagnóstico: _____

¿El niño usa lentes? Si No ¿Por cuanto tiempo ha tenido su más reciente par? _____

¿Nacimiento a término? Si No Si no, ¿de cuantos meses nació? _____

¿Hubo problemas cuando embarazada? Si No Si marcó si, explique: _____

¿Hubo problemas inmediatamente antes o inmediatamente después del nacimiento? Si No Si marcó 'sí', explique: _____

¿El niño tiene cuestiones de desarrollo o retrasos? Si No Si marcó 'sí', explique: _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor note cualquier miembro de la familia, vivos o muertos, que tienen o han tenido las condiciones que se presentan:

ENFERMEDAD/CONDICION	NO	SÍ	?	RELACIÓN
Ceguera	_____	_____	_____	_____
Catarata	_____	_____	_____	_____
Estrabismo	_____	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____	_____
Degeneración de la Macula	_____	_____	_____	_____
Degeneración/Desprendimiento De la Retina	_____	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del Corazón	_____	_____	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	_____	_____
Desorden de los Riñones	_____	_____	_____	_____
Lupus	_____	_____	_____	_____
Tiroides	_____	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	_____

REPASO DE SISTEMAS

¿El niño ha tenido problemas en las siguientes áreas?

Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma

SISTEMA	NO	SÍ	?		NO	SÍ	?
CONSTITUCIONAL				OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, subida/Pérdida de Peso	___	___	___	Alergias	___	___	___
INTEGUMENTARIO (piel)	___	___	___	Congestión Nasal/Sinusitis	___	___	___
NEUROLOGICO				Mucosidad Nasal	___	___	___
Dolores de Cabeza	___	___	___	Tos Crónica	___	___	___
Jaqueca	___	___	___	Resequedad de Boca	___	___	___
Ataques Epilépticos	___	___	___				
OJOS				RESPIRATORIO			
Pérdida de la Vista	___	___	___	Asma	___	___	___
Visión Nublada/Empañada	___	___	___	Bronquitis Crónica	___	___	___
Visión Distorsionada	___	___	___	Enfisema	___	___	___
Pérdida de Visión Periférica	___	___	___	VASCULAR/CARDIOVASCULAR			
Doble Visión	___	___	___	Diabetes (A1C#: _____)	___	___	___
Ojos Resecos	___	___	___	Dolor de Corazón	___	___	___
Lagaña	___	___	___	Alta Presión	___	___	___
Ojos Rojos	___	___	___	Enfermedad Vascular	___	___	___
Ojos Arenosos	___	___	___	GASTROINTESTINAL			
Picazón/Comezón	___	___	___	Diarrea	___	___	___
Irritación	___	___	___	Estreñimiento	___	___	___
Sensación de Cuerpo Foráneo	___	___	___	GENITOURINARIO			
Exceso de Lagrimeo	___	___	___	Genitales	___	___	___
Sensibilidad a Luz/Sol	___	___	___	Riñón/Vejiga	___	___	___
Dolor de Ojo	___	___	___	HUESOS/ARTICULACIONES/MÚSCULOS			
Infección Crónica	___	___	___	Artritis Reumático	___	___	___
Orzuelos (styes)	___	___	___	Dolor de Músculos	___	___	___
Focos de Luz en la Vista	___	___	___	Dolor de Articulaciones	___	___	___
Ojos Cansados	___	___	___	LINFÁTICO/HEMATOLÓGICO			
ENDOCRINOLÓGICO				Anemia	___	___	___
Tiroides/Otras Glándulas	___	___	___	Problemas de la Sangre	___	___	___
ALERGICO/IMUNOLÓGICO	___	___	___	PSIQUIATRICO	___	___	___

Si tiene alguna condición médica que no está en la lista, favor de explicar aquí:

Firma del Doctor: _____

Fecha: _____

Por favor siga con la segunda página detrás de esta forma