

## Reporte de Historia Medica - Recién Nacido - Cinco Años

Nombre De Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Historia Dada Por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Informacion Del Paciente:**

Las vacunas estan todas corrientes? Si No

Historia de nacimiento: ¿Cuantas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿Qué era el peso del recién nacido? \_\_\_\_\_

¿ Tubo problemas respiratorias, ictericia (amarillo) o ortos problemas al nacer? \_\_\_\_\_

**Enfermedad Grave / Enfermedad Crónica / Problemas Médicos:** pasado o presente

**Hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias:** desde el último examen anual

**Cualquier cirugía desde el último examen anual:**

**Alergias:**

**Medicamentos:** Nombre, dosis, y la indicacion

**Historia Social:**

¿ Con quién vive el paciente? \_\_\_\_\_

Si los padres biológicos están separados o no viven en el mismo hogar que el paciente,  
¿ con qué frecuencia visita el niño el otro hogar? \_\_\_\_\_

¿ Hay mascotas dentro o fuera del hogar? Si No  
si es así, liste mascotas: \_\_\_\_\_

¿ Está el paciente expuesto al humo de tabaco? \_\_\_\_\_

Recientemente viajado: Si No ¿ dónde? \_\_\_\_\_

**Historia Familiar** - Marque a cualquier persona de la familia inmediata

Problemas del corazón	Si	No	Migrañas o dolores de cabeza	Si	No	Alergias	Si	No
Colesterol alto	Si	No	Problemas de atención	Si	No	Eczema	Si	No
Alta presión sanguínea	Si	No	Diabetes	Si	No	Depresión o ansiedad	Si	No
Asma	Si	No	Problemas tiroideos	Si	No	Obesidad	Si	No
Problemas estomacales	Si	No	Problemas de hemorragia o coagulación	Si	No	Alcoholismo	Si	No
Problemas de riñón o vejiga	Si	No	Anemia	Si	No	Abuso de drogas	Si	No
Convulsiones	Si	No	Artritis	Si	No	Cáncer	Si	No