

## Grupo Médico Memorial Hermann

### Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

Apellidos:	Nombre:	Nombre de preferencia:
Fecha actual:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Escuela:	Grado:	
Nombre de la madre:	Nombre del padre:	
Ocupación de la madre:	Ocupación del padre:	
El niño vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:		

Si el niño no vive con sus padres, con qué frecuencia los visita:

---



---

Nombre de un especialista que trate al niño, motivo y fecha de la última visita:

---



---

#### Núcleo familiar

Detalle quiénes conviven con el niño en casa (padres, hermanos, abuelos, etc...)		
Nombre	Parentesco con el niño	Fecha de nacimiento
¿El niño convive con mascotas en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, especifique cantidad y tipo.		
¿Hay armas en la casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Los padres son fumadores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Algún miembro del núcleo familiar consume alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

**MEMORIAL  
HERMANN**

Memorial Hermann Medical Group  
New Patient Medical  
History Form - Pediatrics



# Grupo Médico Memorial Hermann

## Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

Nombre del paciente: _____	FN: _____
----------------------------	-----------

### Historial de nacimiento

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ g      Nacimiento por:  Parto vaginal     Cesárea

El niño nació a término  
(marque una opción):     Completo     Temprano     Tardío      En caso de cesárea, especifique el motivo: \_\_\_\_\_

En caso de término temprano, especifique cuántas semanas de gestación: \_\_\_\_\_      El niño sufrió algún problema inmediatamente luego de nacer:  
 SÍ     NO  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Dónde nació el niño? \_\_\_\_\_      Lactancia inicial al nacer mediante:  
 Amamantamiento     Biberón  
El niño fue a casa con su madre:  SÍ     NO  
Explique: \_\_\_\_\_

La madre sufrió enfermedades o problemas de salud durante el embarazo:  SÍ     NO  
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, la madre:

Fumó:                     SÍ     NO      En caso afirmativo, especifique cuánto: \_\_\_\_\_

Bebió alcohol:         SÍ     NO      En caso afirmativo, especifique qué, cuánto y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Consumió drogas/  
medicamentos:       SÍ     NO      En caso afirmativo, especifique qué y cómo: \_\_\_\_\_

Alimentación y nutrición:	SÍ	NO
¿Tiene el niño buen apetito?		
¿El niño sufrió cólico en los tres primeros meses?		
¿Toma vitaminas o suplementos herbarios?		
¿El niño es selectivo con la comida?		
Desarrollo:	SÍ	NO
¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo?		
¿Le preocupa el desarrollo emocional de su hijo?		
¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo?		
¿Su hijo tiene problemas para dormir?		
¿Su hijo se relaciona con otros niños?		
¿Su hijo podía decir algunas palabras al año y medio?		



Memorial Hermann Medical Group  
New Patient Medical  
History Form - Pediatrics





# Grupo Médico Memorial Hermann

## Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

Nombre del paciente:	FN:
----------------------	-----

Historial clínico familiar:

Afección	Madre	Padre	Hermano	Abuelo/a
Alcoholismo				
Anemia				
Asma/Enfermedad reactiva en las vías respiratorias				
Trastorno autoinmune				
Enuresis nocturna (luego de los 10 años)				
Trastorno hemorrágico				
Sordera congénita				
Diabetes (antes de los 50 años)				
Consumo de drogas				
Epilepsia o convulsiones				
Enfermedad cardíaca (antes de los 50 años)				
Presión arterial alta (antes de los 50 años)				
Colesterol alto				
Trastorno inmunitario				
Problemas inmunológicos (VIH/SIDA)				
Enfermedad renal				
Enfermedad hepática				
Lupus				
Enfermedad mental				
Retraso mental				
Alergias nasales				
Tuberculosis				
Otro:				

### Historial de medicamentos

**Detalle los medicamentos que su hijo toma a diario:**

Medicamento	Concentración	Veces al día	Motivo

**MEMORIAL  
HERMANN**

Memorial Hermann Medical Group  
New Patient Medical  
History Form - Pediatrics



# Grupo Médico Memorial Hermann

## Formulario de Historial Clínico de un Nuevo Paciente Pediátrico

Nombre del paciente:	FN:
----------------------	-----

Historial clínico previo del niño:

Afección	Sí	No	Explicación
Dolor abdominal			
Anemia, problemas hemorrágicos, transfusión de sangre			
Ansiedad/depresión/TDAH/otro			
Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía			
Enuresis nocturna (luego de los 5 años)			
Problemas de vejiga/riñón			
Problemas intestinales/estreñimiento			
Varicela			
Afecciones cutáneas crónicas/recurrentes (acné, eczema, etc.)			
Conmoción/traumatismo craneal			
Retraso del desarrollo			
Diabetes			
Problemas auditivos			
Trastorno alimenticio			
Problemas de visión			
Dolores de cabeza			
Problemas cardíacos			
Enfermedad mental			
Retraso mental			
Alergias nasales			
Problemas neurológicos (convulsiones, crisis epilépticas, etc.)			
Infecciones recurrentes			
Clase de refuerzo/educación especial			
Tiroides			
Para niñas: ¿Cuándo comenzó el período menstrual?			
Consumo de drogas/alcohol			
Otro:			

### Antecedentes quirúrgicos

Indique las cirugías/hospitalizaciones de su hijo:	
Tipo de cirugía	Fecha de la cirugía

Paciente o padre/tutor legal (si se considera al paciente menor incapacitado) (firma)	Fecha
Firma del testigo	Nombre impreso
	Fecha
	Hora



Memorial Hermann Medical Group  
New Patient Medical  
History Form - Pediatrics

