



**EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL DE PEDIATRÍA**

Nombre del niño(a)	Número de identificación	Fecha de nacimiento
Última evaluación del niño(a)/adolescente saludable	Fecha que el historial médico fue obtenido	Fuente del historial médico
Nacionalidad		

**HISTORIAL DE NACIMIENTO**

Estado, país donde nació el niño(a)	Problemas durante el embarazo/parto	
Tipo de parto	Complicaciones después del parto	
¿El/la bebé fue egresado(a) con la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no fue así, ¿por qué no?	
Peso de nacimiento: _____ libras _____ onzas	Puntaje APGAR	Duración de estancia del bebé en el hospital _____
Resultados de la evaluación del oído llevado a cabo en la guardería del hospital:		

**HISTORIAL DE INMUNIZACIONES**

Archivo de inmunizaciones fue obtenido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inmunizaciones al día <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha del último PPD	Resultados				
DTPa	#1	#2	#3	Inyección de refuerzo	Inyección de refuerzo
IPV	#1	#2	#3	Inyección de refuerzo	
HIB	#1	#2	#3	#4	
MMR	#1	#2			
HepB	#1	#2	#3		
Varicela *	#1				
Neumocócico	#1	#2	#3	#4	
Gripe					
Hepatitis A					
Meningocócica					
Rotavirus	#1	#2	#3		
HPV	#1	#2	#3		

\*Por favor indique a continuación la fecha o edad en que el niño(a) posiblemente tuvo varicela si no recibió vacuna.

**HISTORIAL MÉDICO**

Alergias a la comida, el medio ambiente o los medicamentos	
Hospitalizaciones	
Cirugías	
Heridas/accidentes	
Enfermedades significativas	
Sexualmente activo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted marcó "sí", ¿Cuál es su método de contracepción? :
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted marcó "sí", descríbala:

**El niño(a) ha tenido:**

<input type="checkbox"/> Varicela	fecha y/o edad: _____	<input type="checkbox"/> Mumps	fecha: _____
<input type="checkbox"/> Sarampión	fecha: _____	<input type="checkbox"/> TB	fecha: _____
<input type="checkbox"/> Otros problemas	_____		

**Medicamentos que toma actualmente**

Medicamentos con receta médica	Medicamentos sin receta médica

**ANÁLISIS DE LABORATORIO (si se aplica)**

<input type="checkbox"/> Prueba del plomo en la sangre	fecha: _____	<input type="checkbox"/> Exploración metabólica del recién nacido(a)	fecha: _____
<input type="checkbox"/> Sangre hgb/hct	fecha: _____	<input type="checkbox"/> Análisis de orina	fecha: _____
<input type="checkbox"/> Colesterol	fecha: _____	<input type="checkbox"/> Papanicolau	fecha: _____

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Retraso mental
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedad/rasgo de célula en hoz
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Incapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Otro		

**HISTORIAL SOCIAL/CULTURAL**

Nombre de la escuela		Nivel de estudio	
Idioma que se usa en casa		Número de parientes que viven en la misma casa	
Persona principal que cuida al niño/(a)			
	Nombre	Ocupación	Edad
Madre			
Padre			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			
Hermano/a			

**HISTORIA DEL AMBIENTE**

Uso de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Uso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Uso de tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Expuesto al humo de tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Comentarios del proveedor:**


---



---

FIRMA DEL PROVEEDOR QUE OBTUVO/REVISÓ EL HISTORIAL

FECHA