



Evaluación de la salud pediátrica inicial

Nombre completo del niño:		Fecha de nacimiento	Número de seguro social:	Fecha de hoy
Del niño Sexo: Nino Nina	Nombre completo de la madre		Número de seguro social de las madres	Fecha de nacimiento
Edad actual del niño	Nombre completo del padre		Número de seguro social de los padres	Fecha de nacimiento

Historia De Nacimiento

Hospital, Ciudad, Estado		Embarazo/Problemas de entrega?	
Tipo de la entrega		¿complicaciones post-parto?	
¿el bebé fue dado de alta con su madre? [] Yes [] No		¿Por qué no?	
Bebés duración de la estancia?			
Peso Libras Onza	Longitud	[] Pecho	[] Fórmula

Historia Clinica

**¿Alergias a alimentos, medicamentos o antígenos ambientales?	
Hospitalizaciones	
Cirugías	
Lesiones/ Accidentes	
Significanfermedades de la hormiga	

Niño ha tenido (Indicar fecha):

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| [] Varicela _____ | [] Cólico / Dolor abdominal _____ | [] Soplo cardíaco _____ |
| [] Mumps _____ | [] Convulsiones _____ | [] Problemas sinusales _____ |
| [] Measles _____ | [] Jaquecas _____ | [] Infecciones del oído _____ |
| [] TB _____ | [] Neumonía _____ | [] Hay Fever _____ |
| [] Problemas auditivos _____ | [] Infecciones vesicales _____ | [] Eczema _____ |
| [] Problemas de visión _____ | [] Enfermedad de células falciformes /Rasgo _____ | [] Anemia _____ |
| [] Cualquier otro problema _____ | | |

Medicamentos actuales:

Recetas	Sobre el mostrador Medicamentos



Evaluación de la salud pediátrica inicial Página 2

Immunization History

Registro de inmunización obtenido?		[] Yes [] No		Inmunizaciones actuales?		[] Yes [] No	
Fecha de último PPD:				Resultados			
DTP	#1	#2	#3	#4	Booster		
IPV	#1	#2	#3	Booster			
HIB	#1	#2	#3	#4			
MMR	#1	#2					
Hep B	#1	#2	#3				
Varicela	#1	#2					
Neumocócica	#1	#2	#3	#4			
Influenza	Date	Date	Date				
Hep A	#1	#2					
Meningocócica	#1	#2					
Rotavirus	#1	#2	#3				
HPV	#1	#2	#3				

Lab Tests (If Applicable)

<input type="checkbox"/> Prueba de plomo en sangre	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Pantalla metabólica del recién nacido	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Sangre HGB/HCT	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Urinálisis	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Colesterol	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolau	Fecha: _____

Family Medical History

<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Retraso mental
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hay Fever	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes / Rasgo
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Ataque de apoplejía
<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Problema de la tiroides
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad del aprendizaje	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otros _____	

Historia Social / Cultural:

Nombre de la escuela	Nivel de grado
Idioma hablado en casa	Número de miembros de la familia que viven en la misma casa
Cuidador primario en casa	

Datos familiares:

Relación	Nombre	Ocupación	Fecha de nacimiento
Madre			
Padre			
Hermano			
Hermano			
Hermano			
Hermano			