

Monterey County Health Department

Pediatric Intake Form

Nombre del niño/a: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Referido por: _____ Doctor particular: _____

Informacion de nacimiento

Si	No	(Marque o llene la respuesta correcta)
		Nacido en CHOMP, Natividad u otro hospital):
		¿Cuidado prenatal? ¿Dónde?
		Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____
		¿Tuvo complicaciones en el embarazo? ¿Qué clase de complicación?
		¿Nació a los 9 meses? ¿Qué tan prematuro o tarde nació?
		Parto: ¿Parto vaginal? ¿Parto asistido con aspirador o cesarea? ¿Razón?
		¿Problemas al nacer?
		¿Tiempo que duró en el hospital? ¿Número de días?
		Alimentación al nacer: ¿Pecho o biberón, los dos?

Historia Medica

Si	No	(Marque o llene la respuesta correcta)
		¿Problemas de salud?
		¿Cuándo fue su última consulta? ¿Por qué?
		¿Fecha de la última visita a la sala de emergencias? ¿Por qué?
		¿Fecha de la última hospitalización? ¿Dónde? ¿Razón?
		Fecha de otras hospitalizaciones ¿Por qué?
		¿Ha tenido pulmonía? ¿Si la respuesta es si, cuántas veces?
		¿Operaciones pasadas? ¿Por qué?
		Número de infecciones del oído en los últimos 3 meses
		¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿Cuál?
		¿Tiene alergia a algún alimento? ¿Cuál?
		Medicamentos y dosis que esta usando:
		¿Ha tenido un examen dental? ¿Cuándo fue el último examen dental?
		¿Usa remedios caseros? ¿Qué tipo?
		¿Está tomando vitaminas? ¿Hierro? ¿Floruro? ¿Hierbas medicinales?
		¿Ha sido su niño víctima de abuso físico, sexual o emocional?

Desarrollo:

Si	No	(Marque o llene la respuesta correcta)
		¿Tiene conocimiento de algún retraso en el desarrollo de su niño? ¿Cuál?
		¿A qué edad se sento?
		¿A qué edad camino sin ayuda?
		¿A qué edad empezo a hablar?
		¿Disciplinar a su niño golpeandolo?
		¿Se orina en la cama? ¿A qué edad empezo a ir solo al baño?
		¿Necesita ayuda para aprender a disciplinar a su niño?
		¿Tiene problemas su niño para controlar su temperamento?
		¿En qué grado escolar va su niño? Calificaciones en la escuela: A B C D F ¿Ha estado en educación especial?
		¿Cuántas horas pasa su niño mirando televisión diariamente?
		¿Tiene preguntas sobre la pubertad? ¿Qué preguntas?
		¿A qué edad empezó a reglar? ¿Es regular? No Si usualmente
		¿A qué edad empezó a tener relaciones sexuales? Fecha del último papanicolao o examen del cancer del cuello de la matriz:

Prevencion de Enfermedad			
Si	No	Inseguro	(Marque o llene la respuesta correcta)
			Fecha del último examen físico:
			¿Está su niño al día con sus vacunas?
			¿Le dió la varicela a su niño?
			¿Ha sido su niño vacunado contra la varicela?
			¿Ha sido su niño vacunado contra la Hepatitis B?
			¿Hay fumadores en la familia?
			¿Tiene detectores de humo en buen estado en su casa?
			¿Tiene armas de fuego en casa?
			¿Usa su niño asiento de seguridad o cinturón de seguridad?
			¿Duerme su niño boca arriba? ¿De lado o boca abajo?
			¿Mantiene medicamentos, pastillas, cerillos fuera del alcance de su niño?
			¿Sabe su niño su número de teléfono y la dirección de su casa?
			¿Sabe su niño nadar?
			¿Se cepilla los dientes su niño(a)?
			¿Usa su niño(a) el hilo dental?
			¿Come verduras su niño?
			¿Come frutas su niño?
			¿Tiene usted preguntas acerca de las drogas?

Historial Social

¿Cuántas personas viven en casa? _____ ¿Qué idioma(s) se hablan en casa? _____

Los Padres _____ viven juntos _____ separados _____ divorciados

Historial Familiar

Edad del padre _____ Enfermedades: _____

Edad de la Madre _____ Enfermedades: _____

Hermanos y Hermanas:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Enfermedades: _____

Si	No	¿Alguién en la familia de su niño tiene o ha tenido?:	(si su respuesta es "si")
		Defectos al nacer	
		Cancer	
		Diabetes	
		Ataque cerebral (paralisis cerebral)	
		Epilepsia	
		Alta presión de la sangre	
		Tuberculosis	
		Problemas cardíacos	
		Problemas con los riñones	
		Retardo mental	
		Suicidio	
		Problemas mentales (locura)	
		Problemas de alcoholismo o adicción a drogas	
		Problemas de violencia o problemas relacionados con las pandillas:	

Certifico que la historia clínica es completa y verdadera

Actualizado _____

Firma: _____

