Historial médico pasado y actual del niño

**Proveedor de atención para completer**

**Fecha de servicio:** Click or tap here to enter text.

1. **Historia clínica del niño**
2. **Niño sano/antecedentes pediátricos generales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:** |  |
| **Proveedor de atención primaria:**  |  |
| **Inmunizaciones al día** | **Sí** [x]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | **Problemas de embarazo/parto** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Enfermedad crónica/activa** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | **Alergias** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Hospitalizaciones** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | **Cirugías** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Traumatismo/lesión** | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |  |
| **Especificar:**   |

1. **Medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:** |  |
| **Nombre del medicamento** | **Dosificación** | **Propósito** | **Médico que prescribe** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Historia genitourinaria**

|  |
| --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:**  |
| Dolor/lesiones/sangrado/secreción genital | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Dolor/lesiones/sangrado/secreción rectal | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Infección urinaria previa | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Infección previa adquirida sexualmente | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Primer Periodo** | **Sí** [ ]  **No** [x]  | **Edad** |  | **LMP** |  |
| **Describa cualquier antecedente significativo de salud genitourinaria y/o reproductiva:** |

1. **Historia evolutiva y/o educativa**

|  |
| --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:**  |
| Preocupaciones de desarrollo | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Preocupaciones educativas | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Describa cualquier historia significativa de desarrollo y / o educación:** |

1. **Historial de salud mental y conductual**

|  |
| --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:** |
| **¿Actualmente estás recibiendo tratamiento de salud mental?**  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Motivo de los servicios de salud mental:** |  |
| **Clínico y/o practicante** |  |
| Trastornos del sueño | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Mala concentración | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Ansiedad | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Hipervigilancia/sobresalto exagerado | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Re-experiencia/pesadillas/flashbacks | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Evitación/retirada | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Trastorno alimentario | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Enuresis/encopresis | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Comportamiento autolesivo | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Hiperactividad/impulsividad | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Arrebatos de ira/irritabilidad | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Estado de ánimo deprimido | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Comportamiento suicida | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Problemas de conducta sexualizada | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |

|  |
| --- |
|  Historia obtenida/proporcionada por:  |
| Describa cualquier historial de comportamiento significativo:  |

1. **Historial médico familiar Documentar el historial de salud de los padres y familiares inmediatos**

|  |  |
| --- | --- |
| Historia obtenida/proporcionada por: |  |
| Antecedentes familiares significativos | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Describa los antecedentes familiares significativos:** |

1. **Historia psicosocial**

|  |
| --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:** |
| Participación previa de CPS | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| LE/antecedentes penales | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Violencia doméstica | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Exposición al trauma | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Abuso/trastorno de sustancias | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Preocupaciones/diagnóstico de salud mental:  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Describa cualquier historia psicosocial significativa:** |

1. **Examen de los sistemas**

**¿Hay alguna preocupación importante?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Historia obtenida/proporcionada por:** |  |
| General | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Gi | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Dental | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Respiratorio  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Oído | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Musc/Skel | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Visiones | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Gu | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Ente | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Endo  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Oftalmología  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Hemo/linfa | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| Piel | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Neuro  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| CV  | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  | Psicología | **Sí** [ ]  **No** [ ]  **Desconocido** [ ]  |
| **Describir hallazgos significativos:**  |