

HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Servicio Médico
Colegio del Pedregal

Fecha de llenado: _____

DATOS DEL ALUMNO

Nombre del Alumno: _____

NIVEL: _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ TALLA: _____ PESO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

1

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre de la Madre:

OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DE CASA: _____
TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DE OFICINA: _____

Nombre del Padre:

OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO DE CASA: _____
TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DE OFICINA: _____

Otra Referencia:

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO: _____
TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DE CASA: _____
TELÉFONO DE OFICINA: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marcar con una "X" las enfermedades que tengan o hayan padecido mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos. Tomar en cuenta también a familiares ya fallecidos.

ENFERMEDAD	FAMILIAR	ENFERMEDAD	FAMILIAR
Diabetes Mellitus:		Convulsiones:	
Hipertensión Arterial:		Anemia:	
Infartos al corazón:		Tuberculosis:	
Asma:		Cáncer:	
Rinitis alérgica:		Tabaquismo:	
Alergias en la piel:		Otras:	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Prenatales, natales y postnatales.

Problemas en el embarazo: _____

Problemas en el nacimiento: _____

Alimentación actual: _____

¿A qué edad se sentó sin ayuda?	_____	Cepillado de dientes (frecuencia)	_____
¿A qué edad caminó sin ayuda?	_____	Baño (frecuencia)	_____
¿A qué edad aprendió a leer y escribir?	_____	¿Hay mascotas en casa?	_____
¿Problemas con el lenguaje?	_____	Tipo de mascotas	_____
¿Esquema de VACUNACION completo?	_____	¿Alguien fuma dentro de casa?	_____
¿Vacunas pendientes?	_____		

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Marque con una "X" las enfermedades que ya haya padecido su hijo (a), y la fecha aproximada en que se presentó la enfermedad o el antecedente señalado:

ENFERMEDAD		ANTECEDENTE		ANTECEDENTE	
Varicela		Alergias		Transfusiones	
Sarampión		Hospitalizaciones		Episodios de diarrea	
Rubéola		Cirugías		Veces al año que se enferma de gripa con fiebre	
Hepatitis		Accidentes			

Enfermedades crónicas o actuales: _____

Tratamiento que recibe: _____

INTERROGATORIO POR APARATOS O SISTEMAS

¿Tiene problemas para hacer ejercicio?	_____	¿Presenta algún problema en la piel?	_____
¿Presenta tos con frecuencia?	_____	¿Tiene problemas para orinar?	_____
¿Los labios o la boca se ponen morados cuando hace ejercicio?	_____	¿Tiene algún problema para movilizar alguna extremidad?	_____
¿Le falta el aire constantemente?	_____	¿Tiene problemas de visión o agudeza visual?	_____
¿Padece estreñimiento?	_____	¿Tiene problemas para escuchar?	_____
¿Sufre dolores abdominales constantes?	_____	¿Sufre de dolores de espalda?	_____
¿Sufre de dolores de cabeza frecuentes?	_____	¿Tiene problemas para dormir?	_____
¿Ha tenido convulsiones o "ataques"?	_____	¿Tiene problemas para concentrarse en actividades escolares o juegos?	_____

En caso de presentar fiebre o dolor, ¿Cuál es el medicamento que usualmente recibe? _____

COMENTARIOS: _____

Persona que proporciona la información: _____

Nombre y firma del profesional de la salud que recibe la información: _____