

**NORTH OLYMPIC HEALTHCARE NETWORK**  
**CUESTIONARIO DE SALUD PEDIÁTRICA**

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE (EN LETRA DE IMPRESIÓN): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F SEXO AL NACER:  M  F

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

1. Lugar de Nacimiento: (país, ciudad) \_\_\_\_\_
2. Embarazo Normal  Sí  No
3. Parto normal  Sí  No
4. ¿El bebé llegó a término?  Sí  No

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

1. ¿Alguna preocupación por el desarrollo? \_\_\_\_\_
2. Número de años en la escuela: \_\_\_\_\_
3. ¿Asiste a una escuela o clases especiales?  Sí  No
4. ¿Problemas de disciplina o de conducta?  Sí  No  
En caso de que respondas “sí”, por favor explique: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

1. Marque cualquiera de los principales problemas médicos que tiene su hijo:  Asma  Alergias  Depresión  
 Ansiedad  Diabetes  Convulsiones  Otros: \_\_\_\_\_
2. Enumere cualquier lesión/herida grave que haya tenido su hijo: \_\_\_\_\_
3. ¿Su hijo ha tenido varicela (la viruela de gallina)?  Sí  No En caso que si, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo ha tenido alguna otra enfermedad contagiosa (es decir, sarampión, paperas, etc.)?  Sí  No  
En caso que si, indique aquí: \_\_\_\_\_
5. Vacunas:  
\* **Adjunte un historial de vacunas si está disponible** \*

**MEDICAMENTOS**

1. Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES**

1. Enumere las hospitalizaciones que ha tenido su hijo (cuándo, dónde y por qué): \_\_\_\_\_

**REACCIONES ALÉRGICAS**

1. ¿Su hijo sufre de alguna reacción alérgica (Medicamentos, Asma, Urticaria, Eczema, Fiebre del Heno, etc)?

**HISTORIA SOCIAL**

- Edad del Padre: \_\_\_\_\_ Salud:  Buena  Regular  Pobre  El padre ha fallecido
- Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Salud:  Buena  Regular  Pobre  La madre ha fallecido
- Número de Hermanos(as): \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_
- ¿Quién tiene la custodia legal del niño? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, DÉ LA VUELTA Y COMPLETE**



**ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. Marque cualquier historia de enfermedades en la familia:  Diabetes  Enfermedad cardíaca  Cáncer  Tuberculosis  
 Convulsiones  Derrame/Ataque Cerebral  Alergias  Otros: \_\_\_\_\_

**GENERAL**

1. ¿Su hijo tiene actualmente algún problema o problema específico?  Sí  No  
En caso afirmativo, por favor indíquelo aquí:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CUALQUIER COMENTARIO ESPECIAL SOBRE SU HIJO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EL ÚLTIMO MÉDICO DEL NIÑO**

Indique el último médico de su hijo: \_\_\_\_\_

¿Quién llenó este formulario? \_\_\_\_\_

¿Relación con el niño? \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_