



Departamento de Endocrinología
Historial médico del niño
 Página 1 de 3

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

Place Patient Label Here

NOMBRE	FDN _____ / _____ / _____
MÉDICO REFERENTE	NÚMERO DE TELÉFONO _____ - _____ - _____
El mejor número de teléfono donde nos podamos comunicar con usted durante el día (si es diferente al número de teléfono de casa): _____ - _____ - _____	
OFICIOS:	Padre: _____ Madre: _____
RAZÓN POR LA VISITA:	
PRENATAL/HISTORIAL DE NACIMIENTO/INFANCIA:	
Peso al nacer _____ lb. _____ oz. Estatura _____ pulgadas	
¿Su hijo nació dentro de 2 semanas de la fecha programada? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si no, ¿cuantas semanas antes de tiempo? _____	
¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, ¿qué tipo? _____	
¿Uso de tabaco? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Uso de Alcohol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Parto: Bebé nació sin ayuda <input type="checkbox"/> Se necesitaron fórceps <input type="checkbox"/> Sección cesárea <input type="checkbox"/>	
¿El bebé se quedó más tiempo en el hospital que la madre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Si, sí, ¿por que? _____	
Otros problemas en el periodo de recién nacido (ictericia, alimentación, respiración, infección, baja azúcar en sangre)	
¿Amamantó a su bebé? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, ¿por cuanto tiempo? _____	
DESARROLLO:	
¿A qué edad se paró el niño por primera vez sin ayuda? _____ ¿Caminó? _____	
¿Dijo más de 3 palabras? _____ ¿Empezó a usar la taza de baño? _____	
¿En que grado está su hijo actualmente? _____	
¿Su hijo está teniendo problemas con sus estudios y calificaciones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, describa _____	
¿Recibe clases especiales o educación en casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
HISTORIAL MÉDICO:	
¿Su hijo ha estado hospitalizado? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, escriba las edades y las razones _____	
Algún otro problema de salud, incluyendo de comportamiento (ej., TDAH, (ADHD, en inglés)) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
¿Su hijo ha tenido una cirugía ambulatoria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
¿Su hijo está tomando algún medicamento?? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, escriba el año que comenzó a tomarlo y la dosis _____	

OPHIST



Departamento de Endocrinología
Historial médico del niño
 Página 2 de 3

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

Place Patient Label Here

¿Su hijo ha tomado esteroides o medicamentos para TDAH? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Su hijo tiene alguna alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Alergias a comidas/ambiente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Circule las infecciones que su hijo haya tenido y la edad del episodio más reciente	
varicela / tos ferina / bronquiolitis / paperas / estreptococos / mononucleosis	
HISTORIAL FAMILIAR	
Madre: Estatura	Peso Edad del primer periodo menstrual Problemas de salud
Padre: Estatura	Peso Pubertad: temprana / promedio / tarde Problemas de salud
Escriba los nombre de los hermanos/as del niño (escriba si son medios-hermanos): sexo, edad, e indique las estaturas y pubertad como corresponda (también incluya los fallecidos y la causa de la muerte)	
Si al niño lo van a atender hoy por baja estatura, favor de proporcionar las estaturas de:	
Abuela materna	Abuelo materno
Abuelo paterno:	Abuelo paterno
¿Hay algunos familiares que son bajos de estatura? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si sí, ¿quién y que tan bajo?	
¿Alguien en la familia tiene problemas de la tiroides? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿diabetes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Si sí, especifique el tipo de problema y la edad cuando se conoció el diagnóstico	
¿Alguien en la familia tiene alta presión arterial, alto colesterol, ataques cardiacos tempranos (antes de la edad de 50), depresión, o enfermedades intestinales? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Alguna otra condición que exista en la familia? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
REVISIÓN DE LOS SISTEMAS	<i>Si sí a cualquiera de las preguntas describa e indique la duración de cada queja si es posible. Si lo necesita puede usar el espacio en la parte final de la hoja 3.</i>
General: ¿Ha aumentado de peso muy rápido recientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Ha bajado de peso recientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, ¿cuantas libras?	
¿Su hijo está cansado o lento lo cual es raro para él? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿El niño se siente muy tibio o muy frío la mayoría de las veces? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿El niño tiene sed todo el tiempo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Ojos: ¿El niño ha tenido más dificultad para ver recientemente? (ej. se sienta muy cerca de la televisión) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿El niño ha dicho que ve borroso o que se le cruza la vista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Se le han cruzado los ojos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	



Departamento de Endocrinología
Historial médico del niño
Página 3 de 3

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

Place Patient Label Here

Oídos, nariz, y garganta:

¿El niño ha tenido frecuentes infecciones de oídos? No Sí

¿Tiene problemas de audición? No Sí

¿Tiene continua congestión nasal o hemorragias nasales? No Sí

¿Su hijo ronca fuerte en la noche? No Sí

¿Tiene frecuente dificultad para tragar? No Sí

Pecho: ¿Ha tosido frecuentemente? No Sí

¿A su hijo se le va la respiración o se cansa rápidamente? No Sí

¿El niño tiene un soplo en el corazón? No Sí

¿Su hijo se queja que le late el corazón rápidamente? No Sí

Abdomen: ¿Tuvo ictericia (color amarillento) en el periodo de recién nacido? No Sí

¿Su hijo evacua del cuerpo muy frecuentemente y es muy suave? No Sí

¿El niño está estreñido muy seguido? No Sí

¿Vomita frecuentemente? No Sí

¿Hay sangre cuando evacua del cuerpo o se ven muy oscuros? No Sí

¿Tiene frecuentes dolores abdominales que van y vienen? No Sí

Vía urinaria: ¿Ha orinado la cama frecuentemente? No Sí

¿El niño orina frecuentemente durante el día y la noche? No Sí

¿Le duele o le arde cuando orina? No Sí

Piel: ¿Suda demasiado? No Sí

¿Tiene crónicas ronchas en la piel? No Sí

¿Algún cambio en el color de la piel? No Sí

¿Tiene el cabello grueso o se le está cayendo? No Sí

Huesos, coyunturas, músculos: ¿Le duelen, están duras, o inflamadas las coyunturas? No Sí

¿Tiene dolores en los músculos o en los huesos? No Sí

¿Ha disminuido su fuerza muscular? No Sí

Neurológico: ¿Le duele la cabeza frecuentemente al niño? No Sí

¿Ha tenido convulsiones o se ha desmayado? No Sí

Reproductivo (niñas solamente) ¿Le ha salido pus o sangre de la vagina? No Sí

¿Ha tenido su primer periodo menstrual? No Sí Si sí, ¿a qué edad?

¿Los periodos son irregulares y muy dolorosos? No Sí

¿Le sale pus o líquido de los senos? No Sí

COMENTARIOS:

OPHIST