

Maryland Healthy Kids Program

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: M F (circule)																																																																																																																																																																										
Persona que llenó el Formulario: _____	Fecha de Hoy: _____	Relación con el Paciente: _____																																																																																																																																																																											
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL																																																																																																																																																																											
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Medicamentos durante embarazo No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Problemas al Nacer No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Describa: _____ Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Padre No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otros idiomas se hablan en la casa? _____																																																																																																																																																																											
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD																																																																																																																																																																											
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Alguna vez su niño/a ha tenido:																																																																																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>¿Quién? _____</td> </tr> <tr> <td>TB/Enfermedad del Pulmón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>VIH/SIDA</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Intentos Suicidas/Problemas Mentales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Corazón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Presión alta/Derrame</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Colesterol Alto</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Alergias/Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Desórdenes Mentales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Defectos de Nacimiento</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de Audición</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de habla</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedades Renales</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Abuso de Alcohol/ Droga</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de la Tiroide</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Violencia Doméstica</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Otras: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Quién? _____	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Alergias (a qué) _____</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Varicela (año) _____</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infecciones frecuentes de oído</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas de Audición/Infecciones de la Vista</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas de la Piel/Eczema</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma/Alergias</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TB/Enfermedad del Pulmón</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Convulsiones/Epilepsia</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipertensión/Presión Alta</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad del Corazón/Defectos</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis/Enfermedad del Hígado</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedades del Riñón/Vejiga</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas Físicos o de Aprendizaje</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Desórdenes de la Sangre/Hemofilia</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedades Transmitidas</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sexualmente</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas Emocionales o de Comportamiento</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Depresión/Pensamientos Suicidas</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hospitalizaciones/Cirugías</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas en las Coyunturas/Huesos</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obesidad/Trastornos Alimenticios</td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lista de Medicamento/s que toma: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Alergias (a qué) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Enfermedades Transmitidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Otras: _____			Lista de Medicamento/s que toma: _____		
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Quién? _____																																																																																																																																																																										
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
VIH/SIDA	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Intentos Suicidas/Problemas Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Enfermedad del Corazón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Presión alta/Derrame	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Colesterol Alto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Desórdenes de la Sangre/"Sickle Cell"	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Convulsiones	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Alergias/Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Desórdenes Mentales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Defectos de Nacimiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Pérdida de Audición	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Problemas de habla	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Enfermedades Renales	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Abuso de Alcohol/ Droga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Enfermedad de la Tiroide	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD")	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Violencia Doméstica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	_____																																																																																																																																																																										
Otras: _____																																																																																																																																																																													
Alergias (a qué) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Varicela (año) _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Infecciones frecuentes de oído	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Problemas de Audición/Infecciones de la Vista	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Problemas de la Piel/Eczema	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Asma/Alergias	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
TB/Enfermedad del Pulmón	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Hipertensión/Presión Alta	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Enfermedad del Corazón/Defectos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Hepatitis/Enfermedad del Hígado	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Enfermedades del Riñón/Vejiga	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Problemas Físicos o de Aprendizaje	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Desórdenes de la Sangre/Hemofilia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Enfermedades Transmitidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Sexualmente	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Problemas Emocionales o de Comportamiento	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Depresión/Pensamientos Suicidas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Hospitalizaciones/Cirugías	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Problemas en las Coyunturas/Huesos	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Obesidad/Trastornos Alimenticios	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																											
Otras: _____																																																																																																																																																																													
Lista de Medicamento/s que toma: _____																																																																																																																																																																													
Revisado por: _____		Fecha que fue Revisado: _____																																																																																																																																																																											