



**GRANTS PASS MEDICAL**  
1701 NW Hawthorne Avenue, Suite 201  
Grants Pass, OR 97526  
(541) 471-3455

**CAVE JUNCTION MEDICAL**  
25647 Redwood Highway  
Cave Junction, OR 97523  
(541) 592-4111

### HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO

*Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.*

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL MÉDICO

ENUMERE LAS AFECCIONES MÉDICAS	¿ACTUAL? S/N	FECHA EN QUE SE DIAGNOSTICÓ	PROVEEDOR QUE CONSULTÓ	OFFICE USE

**ALERGIAS**       *Ninguna alergia*

NOMBRE	REACCIÓN	NOMBRE	REACCIÓN
1.		3.	
2.		4.	

#### MEDICAMENTOS *(Incluso medicamentos de venta libre, suplementos a base de hierbas y vitaminas)*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	¿ACTUAL? S/N	RECETADO POR

**SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER**  
**HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO** (página 2 de 3)

*Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.*

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL QUIRÚRGICO** *(incluya el año en que se realizó la cirugía)*

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	FECHA	MÉDICO

**HISTORIAL DE INMUNIZACIONES** *(O adjunte una copia de los registros de inmunización del menor)*

VACUNA	UBICACIÓN	FECHA
DPT (difteria, tos ferina, tétanos)		
Influenza		
HepA (hepatitis A)		
HepB (hepatitis B)		
Hib (gripe haemophilus)		
VPH (virus de papiloma humano)		
VPA (vacuna antipoliomielítica activada)		
Meningocócica (meningitis)		
MMR (sarampión, paperas y rubeola)		
PCV (neumococos)		
RV (rotavirus)		
DPT (difteria, tos ferina, tétanos)		
Varicela		
Otras: _____		

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR** *¿Usted o alguno de sus parientes ha padecido alguna de las siguientes?*

DIAGNÓSTICO	MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN	PARENTESCO	¿AÚN VIVE?
TDA/THDA			
Alcoholismo			
Alergias			
Enfermedad de Alzheimer			
Artritis			
Asma			
Trastorno bipolar			
Defectos congénitos Tipo: _____			
Enfermedad de la sangre			
Cáncer Tipo: _____			
ACV (accidente cerebrovascular)			
Depresión			
Retrasos en el desarrollo			
Diabetes			
Eccema			

DIAGNÓSTICO	MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN	PARENTESCO	¿AÚN VIVE?
Enfermedad cardíaca			
Colesterol alto			
Hipertensión			
Discapacidad del aprendizaje			
Enfermedad pulmonar			
Enfermedad mental			
Migraña			
Obesidad			
Osteoporosis			
Enfermedad renal			
Convulsiones			
Enfermedad de la tiroides			
Otro: _____			
Otro: _____			
Otro: _____			

**SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER**  
**HISTORIAL MÉDICO PEDIÁTRICO** (página 3 de 3)

**Este formulario se debe llenar por completo, incluyendo todas las fechas.**

Nombre del paciente: *(En letra de molde)* \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE EMBARAZOS/PARTOS**

Tipo de parto:  Vaginal  Operación cesárea Motivo para la operación cesárea: \_\_\_\_\_  
Edad gestacional (semanas): \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_  
¿Complicaciones durante el embarazo/parto?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué complicaciones? \_\_\_\_\_  
¿Pasó su hijo la prueba de audición de recién nacidos?  Sí  No  
¿Lo amamantó?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Lo alimentó con biberón?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿con qué tipo de fórmula? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo su hijo ictericia?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de tratamiento recibió? \_\_\_\_\_  
¿Está su hijo inscrito en WIC?  Sí  No

**HISTORIAL SOCIAL**

Residencia primaria: *(¿Con quién vive su hijo la mayor parte del tiempo?)* \_\_\_\_\_  
Residencia secundaria: *(¿Con quién vive su hijo temporalmente, si aplica?)* \_\_\_\_\_  
Estado civil de los padres:  Soltero  Casados  Separados  Divorciados  Viudo  
Idioma primario: \_\_\_\_\_ Idiomas que se hablan en casa: \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
¿Alguna discapacidad del aprendizaje?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué discapacidad? \_\_\_\_\_  
¿Alguna necesidad especial en la escuela?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué necesidad especial? \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES**

¿Ejercicio/deportes?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Horas por semana? \_\_\_\_\_  
¿TV/juegos de computadora?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuántas horas al día? \_\_\_\_\_  
¿Tiene el menor una televisión en su habitación?  Sí  No  
¿Tiene el menor una computadora en su habitación?  Sí  No

**AMBIENTE/SEGURIDAD EN EL HOGAR**

Proveedor dental: \_\_\_\_\_ Última Examen: \_\_\_\_\_  
 Proveedor dental SCHC  Otro  Ninguno  
Tipo de calefacción en el hogar: \_\_\_\_\_  Ninguna *(No hay fuente de calefacción)*  
¿Hay algún fumador en la casa del menor?  Ninguno  Fuma en el interior  Solo fuma en el exterior  
¿Tiene detectores de humo en su hogar?  Sí  No  
¿Usa el menor un casco para bicicleta/patineta?  Sí  No  
¿Qué tipo de cinturón de seguridad usa en el vehículo?  Asiento para niños con el niño viendo hacia atrás  
 Asiento para niños con el niño viendo hacia adelante  
 Asiento elevado  Cinturón de seguridad  Ninguno