



Actualización del historial clínico del menor

Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente:	Cómo prefiere que lo llamen (apodo):
Nombre de la persona que completa el formulario y relación/parentesco con el menor: Nombre: _____ Relación/parentesco: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo: ___M ___F
HISTORIAL DE EMBARAZO Y NACIMIENTOS	HOGAR
<p>¿Es el menor adoptado? ___No ___Sí Peso al nacer: ___ libras ___ onzas ¿Nació el bebé a término? ___No ___Sí ___ semanas ¿Cómo fue el parto?: ___Vaginal ___Por cesárea. Si fue por cesárea, ¿cuál fue la razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o en el parto? ___No ___Sí Si la respuesta es sí, dé más detalles: _____ _____ Durante el embarazo, ¿tenía la madre alguno de los siguientes hábitos? ¿Consumía tabaco? ___No ___Sí ¿Tomaba bebidas alcohólicas? ___No ___Sí ¿Consumía drogas o tomaba otros medicamentos? ___No ___Sí ¿Cuáles? _____ ¿Tomaba vitaminas prenatales? ___No ___Sí ¿Sufrió el bebé algún inconveniente que hizo que tuviera que permanecer en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)? ___No ___Sí En caso afirmativo, dé más detalles: _____ ¿Cómo fue la alimentación inicial del bebé?: ___Fórmula ___Leche materna ¿Cuánto tiempo se amamantó al bebé? _____ ¿Se le dio el alta al bebé junto con su mamá? ___No ___Sí Si la respuesta es no, dé más detalles: _____</p>	<p>Incluya los nombres, la relación o el parentesco con el menor y las edades de todas las personas que conviven con el menor: _____ _____ ¿Hay hermanos que no hayan sido incluidos en la lista? De ser así, incluya los nombres, las edades y los lugares de residencia: _____ ¿Cuál es la situación de vida del menor? Madre y padre biológicos _____ ___Guarda compartida ___Guarda única ___Cuidados de acogida Si el padre o la madre, o ambos, no vive en el hogar, ¿con qué frecuencia lo visita el menor? _____ ¿Consumo tabaco algún miembro de la familia? ___No ___Sí / De ser así, ¿quién? _____ ¿Fuma esta persona dentro del hogar? ___No ___Sí/¿Y en el auto? ___No ___Sí ¿Hay armas en el hogar? ___No ___Sí/ ¿Están bajo llave? ___No ___Sí ¿Va el menor a la guardería? ___No ___Sí/ ¿Al jardín de infantes?: ___No ___Sí ¿A la escuela? ___No ___Sí <u>Solo para adolescentes. ¿Presenta el adolescente alguno de los siguientes problemas?</u> Abuso de bebidas alcohólicas u otras sustancias: ___No ___Sí Problemas o dificultades con el cuidador: ___No ___Sí Pérdida de un familiar: ___No ___Sí ¿Se siente seguro en su relación? ___No ___Sí</p>
HISTORIAL CLÍNICO DEL MENOR	HISTORIAL CLÍNICO DE LA FAMILIA BIOLÓGICA
<p>¿Ha experimentado el menor alguna de las siguientes situaciones? Fecha: Hospitalizaciones ___No ___Sí _____ Heridas graves / fracturas de huesos ___No ___Sí _____ Cirugías / tipo de cirugías ___No ___Sí _____ Alergias a medicamentos / otras alergias ___No ___Sí _____ Tipo _____ Varicela..... ___No ___Sí _____ Infecciones frecuentes del oído ___No ___Sí _____ Problemas de la vista/audición..... ___No ___Sí _____ Alergias nasales ___No ___Sí _____ Asma / problemas pulmonares..... ___No ___Sí _____ Problemas cardíacos / soplos ___No ___Sí _____ Anemia / drepanocitosis ___No ___Sí _____ Problemas hemorrágicos / transfusiones ___No ___Sí _____ Problemas inmunológicos / VIH ___No ___Sí _____ Cáncer ___No ___Sí ___Tipo _____ ¿Tiene dolores estomacales frecuentes que requieren consultas con un médico? ___No ___Sí _____ Constipación ___No ___Sí _____ Infecciones de vejiga / enfermedades renales ___No ___Sí _____ Anomalías congénitas ___No ___Sí _____</p>	<p>Identifique si algún familiar del menor (M-Madre, F-Padre, SIB-Hermanos, MGM-Abuela materna, MGF-Abuelo materno, PGM-Abuela paterna, PFG-Abuelo paterno) experimentó alguno de los siguientes problemas: <p style="text-align: right;">¿Quién?</p> Pérdida auditiva en la niñez .. ___No ___Sí _____ Alergias nasales ___No ___Sí _____ Asma..... ___No ___Sí _____ Problemas intestinales ___No ___Sí _____ Problemas pulmonares ... ___No ___Sí _____ Enfermedad cardíaca ___No ___Sí _____ Presión arterial alta / derrame cerebral ___No ___Sí _____ Colesterol alto ___No ___Sí _____ ¿Toma medicamentos para el colesterol? ___No ___Sí _____ Anemia / drepanocitosis..... ___No ___Sí _____ Problemas hemorrágicos..... ___No ___Sí _____ Caries..... ___No ___Sí _____ Cáncer..... ___No ___Sí (tipo) _____</p>

Afecciones metabólicas/genéticas ___No ___Sí _____
Problemas para dormir/de ronquidos/de orinarse en la cama ___No ___Sí _____
Problemas crónicos de la piel / eczema ___No ___Sí _____
Dolor de cabeza frecuente ___No ___Sí _____
Convulsiones / problemas neurológicos ___No ___Sí _____
Obesidad..... ___No ___Sí _____
Diabetes ___No ___Sí _____
Problemas de tiroides/endocrinológico ___No ___Sí _____
Presión arterial alta ___No ___Sí _____
Consumo de bebidas alcohólicas/drogas/tabaco ___No ___Sí _____
TDAH / ansiedad / trastornos del humor / depresión ___No ___Sí _____
Retraso/discapacidad del desarrollo ___No ___Sí _____
Caries ___No ___Sí _____
Antecedentes de violencia/abuso doméstico ___No ___Sí _____
Infección de transmisión sexual / embarazo ___No ___Sí _____
Otras: _____

Enfermedad hepática / hepatitis ___No ___Sí _____
Enfermedad renal ___No ___Sí _____
Diabetes / nivel alto de azúcar en sangre ___No ___Sí _____
Obesidad..... ___No ___Sí _____
Convulsiones / epilepsia..... ___No ___Sí _____
Convulsiones..... ___No ___Sí _____
Abuso de bebidas alcohólicas/drogas ___No ___Sí _____
Problemas óseos/musculares ___No ___Sí _____
Enfermedad mental / depresión . ___No ___Sí _____
TDAH/SDA ___No ___Sí _____
Retraso mental ___No ___Sí _____
Problemas inmunológicos / VIH / SIDA ___No ___Sí _____
Otros antecedentes familiares que no se hayan mencionado anteriormente:

