



Historia médica para niños

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

FDN: _____ Edad: _____

Historia médica para niños

1. ¿Dónde recibe atención médica este niño?

2. ¿Cuánto hace que tuvo la última cita de atención médica? _____

3. ¿Nació antes de tiempo este niño (a las 37 semanas o menos)?

Sí No

4. ¿Ha tenido este niño algún problema de la salud, cirugía o lesión grave?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista de los problemas.

5. ¿Ha ido este niño al hospital en los últimos 12 meses?

Sí No

6. ¿Toma este niño algún medicamento?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____

7. ¿Cuánto hace que tuvo la última cita dental? _____

8. ¿Tiene este niño problemas dentales, entre ellos, dolor o manchas blancas en los dientes?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista de los problemas. _____

9. ¿Sigue este niño una dieta especial?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de describir la dieta. _____

10. ¿Hay algunos alimentos que usted limita o que no le da de comer a este niño?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista. _____

11. ¿Tiene este niño problemas para masticar o tragar?

Sí No

Si contesta "Sí", favor de hacer una lista de los problemas. _____

12. ¿Tiene usted algunos de los siguientes?

a. una estufa que funciona Sí No

b. un refrigerador que funciona Sí No

c. agua corriente Sí No

13. ¿Amamanta a este niño actualmente?

Sí No

14. ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?

Sí No

15. ¿Aproximadamente cuántas horas vio este niño televisión, videos o DVD ayer?

2 horas o menos Más de 2 horas Ni una No se sabe

16. ¿Tiene miedo de que algún conocido lastime a este niño?

Sí No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

17. ¿Le preocupa a veces no poder comprar suficiente comida para darle de comer a su familia?

Sí No

Puede comunicarse con la Red de Información y Envío de Texas llamando al 2-11 o en línea en <http://www.211Texas.org>.



Staff Comments



Renovación de la historia médica para niño

Nombre: _____

FDN: _____

Staff Instructions

For continuity of care, review all previous health history documentation before asking these update questions. Complete new health history when both updates have been filled.

Renovación #1

Fecha de hoy _____

1. ¿Ha visto a este niño un doctor u otro profesional médico en los últimos seis meses?
 Sí No
2. ¿Tiene este niño algún problema médico o preocupación nueva o corriente?
 Sí No
3. ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?
 Sí No
4. ¿Aproximadamente cuántas horas vio televisión este niño ayer?
 2 horas o menos Más de 2 horas Ni una No se sabe
5. ¿Tiene miedo de que algún conocido lastime a este niño?
 Sí No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

Staff Comments

Renovación #2

Fecha de hoy _____

1. ¿Ha visto a este niño un doctor u otro profesional médico en los últimos seis meses?
 Sí No
2. ¿Tiene este niño algún problema médico o preocupación nueva o corriente?
 Sí No
3. ¿Fuma dentro de la casa alguien que vive allí?
 Sí No
4. ¿Aproximadamente cuántas horas vio televisión este niño ayer?
 2 horas o menos Más de 2 horas Ni una No se sabe
5. ¿Tiene miedo de que algún conocido lastime a este niño?
 Sí No

Línea Directa Nacional Contra la Violencia Doméstica 1-800-799-7233

Staff Comments