



## Base de datos pediátrica

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre 2.º nombre

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre 2.º nombre Apellido Nombre 2.º nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle N.º de apto. Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ Celular de la madre: \_\_\_\_\_ Celular del padre: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los hermanos: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en la casa con este niño? \_\_\_\_\_ ¿Tienen mascotas? \_\_\_\_\_

Persona que completó el formulario/parentesco: \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES:</b>	Alergias/ rinitis alérgica	Asma	Defectos de nacimiento	Diabetes	Ataque al corazón/ derrame cerebral	Presión arterial alta	Colesterol alto	Problemas de aprendizaje/ retraso en el desarrollo	Enfermedad mental/ depresión	Convulsión	Alcoholismo y/o farmacodependencia
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### NACIMIENTO Y DESARROLLO:

Problemas durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Algún problema con:  crecimiento  desarrollo  habla  conducta  escuela

Comentarios: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES (marque si el niño ha tenido estos problemas):

- Alergias  Problemas de control de la defecación  Otitis frecuentes  Problemas de piel  Cistitis  
 Anemia  Lesiones graves  Problemas cardíacos  Convulsiones  Conmoción cerebral  
 Asma  Problemas pulmonares  Fracturas  Incontinencia nocturna  
 Otras: \_\_\_\_\_

### HOSPITALIZACIONES O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

EDAD

HOSPITAL

PROCEDIMIENTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### MEDICAMENTOS:

Reacción alérgica a medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma regularmente: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES SOCIALES:

Estado civil de los padres (marque una opción):  Casados  Divorciados  Padre/madre soltero/a

Si están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- ¿Su hijo ha presenciado algún hecho de violencia familiar (golpes, puñetazos, empujones)?  Sí  No  
 ¿Hay algún fumador en el hogar?  Sí  No  Su hijo usa un asiento de seguridad/cinturón de seguridad cuando viaja en auto?  Sí  No  
 ¿Tiene piscina?  Sí  No  Su hijo se realiza controles odontológicos regulares?  Sí  No  
 ¿Su piscina está cercada?  Sí  No  Le pone bloqueador solar a su hijo?  Sí  No  
 ¿Hay armas en su casa?  Sí  No  
 ¿Están siempre descargadas y con seguro?  Sí  No