

**Formulario de Historial de Salud Pediátrico  
Cuidado Móvil de Ronald McDonald**

A. Estamos obligados a hacer las siguientes preguntas para saber que usted entiende la información que le damos. Marque la respuesta correcta.

¿Tiene usted alguna condición que le dificulte entender la información?

\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No  
\_\_\_\_ Audición      \_\_\_\_ Vista  
\_\_\_\_ Dificultad para recordar      \_\_\_\_ Leer

Idioma hablado en casa \_\_\_\_\_

1. ¿Le gustaría hablar de alguna consideración especial, cultural o religiosa el día de hoy?  
\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
2. ¿Se encuentra alguien en su familia en una relación donde se sientan amenazados o con miedo de ser lastimados?      \_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_ No
3. Si no puede estar en casa, ¿qué arreglos se hacen?  
\_\_\_\_\_

**B. Embarazo y Parto**

1. Edad de la madre al momento del parto \_\_\_\_
2. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad durante el embarazo?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
3. ¿Tomó algún otro medicamento aparte de las vitaminas y hierro?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

¿Usó Tabaco? \_\_\_\_\_  
¿Usó Alcohol? \_\_\_\_\_  
¿Usó drogas recreacionales? \_\_\_\_\_

4. ¿Fue el bebé prematuro?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
5. Parto      \_\_\_\_ Vaginal      \_\_\_\_ Cesárea
6. ¿Cuál fue el peso al nacer? \_\_\_\_\_
7. ¿Tuvo el bebé algún problema de respiración, ictericia, o infección mientras estuvo en el hospital?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Alguna otra complicación durante el embarazo o al nacer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha del día de hoy \_\_\_\_\_

**C. Historial Médico**

1. Expediente de vacunas      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
2. Reacciones a alguna vacuna      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No  
\_\_\_\_\_
3. Reacción alérgica a algún medicamento      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
4. Reacción alérgica a algún alimento      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
5. Reacción alérgica a alguna picadura de insecto  
\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No  
Por favor explique:  
\_\_\_\_\_
6. ¿A dónde ha ido su hijo hasta ahora para ser revisado?  
\_\_\_\_\_
7. Última revisión médica \_\_\_\_\_
8. Última revisión dental \_\_\_\_\_
9. ¿Hospitalizaciones?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
10. ¿Para qué? \_\_\_\_\_
11. ¿Alguna lesión grave? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo? \_\_\_\_\_
12. Lista de medicamentos que toma regularmente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Alimentación y Nutrición**

1. Apetito del niño \_\_\_\_\_
2. ¿Alimentado con leche materna? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
3. ¿Vitaminas?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
4. ¿Cólicos severos?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No  
¿Cólicos inusuales?      \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
5. ¿Hay algún alimento que no le caiga bien a su niño?  
\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

