

Centro de Salud de Mujeres en Santa Cruz

Historia Pediátrica Inicial
Desde el nacimiento hasta los 5 años

Nombre del niño/niña: _____ Masculino Femenino
Nombre del padre/madre/tutor: _____ Fecha de nacimiento (niño): _____
¿Alergias? (Especifique): _____
Medicinas que toma actualmente: _____

Historia del nacimiento

Peso al nacer: ____ libras ____ onzas Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____
¿El bebé nació antes o después de la fecha esperada? (Marque una) ¿Cuántos días? _____
¿El bebé nació en el hospital? Sí No Si su respuesta es sí, en que hospital? _____
¿Hubo algún problema en el hospital? _____

Historia prenatal

¿La madre recibió atención prenatal? Sí No
Si contestó sí, ¿en qué mes empezó la atención prenatal? _____

Durante el embarazo, la madre tuvo:

Cualquier enfermedad seria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Presión alta/preeclampsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Rubéola	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Algún accidente serio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, explique _____
Infección pélvica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, explique _____
Cirugía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, explique _____
Otras complicaciones prenatales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, explique _____

Durante el embarazo la madre:

Fumó	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, ¿cuánto? _____
Consumió drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____
Tomó cualquier medicina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, explique _____

Al momento de nacer e inmediatamente después, el bebé:

Se tardó en respirar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Necesitó oxígeno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evacuó meconio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuvo alguna infección	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tuvo ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Necesitó drenaje de la espina o antibiótico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Necesitó una transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

Dental

¿Su hijo/hija ha tenido algún examen dental? Sí No Fecha de la última visita: _____

POR FAVOR LLENE TAMBIEN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

Historia médica

¿El niño/niña ha sido hospitalizado(a)? Sí No Si contestó sí, explique _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No Si contestó sí, explique _____

Su hijo/hija alguna vez ha tenido:

Anemia Sí No Eczema/urticaria Sí No

Asma Sí No Fiebre del heno/alergias Sí No

Estreñimiento Sí No Problemas para oír Sí No

Convulsiones Sí No Soplo del corazón Sí No

Diabetes Sí No Pulmonía Sí No

Diarrea Sí No Infecciones del oído Sí No

Reacciones a vacunas Sí No Si contestó sí, explique _____

Otros problemas médicos Sí No Si contestó sí, explique _____

Lesiones serias Sí No Si contestó sí, explique _____

Crecimiento y desarrollo

¿El niño/niña está tomando leche materna actualmente? Sí No

¿Alguna vez fue amamantado(a)? Sí No

¿A qué edad su hijo/hija:

-se sentó solo(a)? _____

-se dio vueltas? _____

-caminó? _____

-le salió el primer diente? _____

-habló (oraciones de 2 palabras)? _____

-aprendió a avisar e ir al baño? Día: ____ Noche: ____

Historia familiar

¿Los padres, hermanos o hermanas del niño/niña han tenido alguno de los siguientes problemas?

Abuso de alcohol/drogas Sí No Presión alta Sí No

Anemia Sí No Colesterol alto Sí No

Artritis Sí No Problemas del riñón Sí No

Asma Sí No Enfermedad mental/retraso Sí No

Cáncer (Tipo: _____) Sí No Ataques Sí No

Fibrosis quística Sí No Enfermedad de Tay-Sachs Sí No

Diabetes Sí No Trastorno de la tiroides Sí No

Eczema Sí No Tuberculosis/enf. pulmonar Sí No

Enfermedad del corazón Sí No Otro: _____

¿Los dos padres del niño/niña tienen buena salud? Sí No

¿Ambos están involucrados en la crianza del niño/niña? Sí No

Su último doctor(a) fue _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Historia revisada por: _____ **Fecha:** _____

Centro de Salud de Mujeres en Santa Cruz

**HISTORIA PEDIÁTRICA INICIAL
DE 6 A 20 AÑOS**

Nombre del niño/nia: _____ Masculino Femenino

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Fecha de nacimiento (niño): _____

¿Alergias? (Especifique): _____

Medicinas que toma actualmente: _____

¿Toma vitaminas? Sí No ¿Toma flúor? Sí No

Historia del nacimiento

¿Hubo algún problema serio con el embarazo de la madre o el nacimiento del niño? Sí No

Explique: _____

Historia escolar

¿En qué grado va? _____ Nombre de la escuela: _____

¿Problemas en la escuela? _____

¿Problemas de disciplina o conducta? _____

¿Alguna vez ha visto a un psicólogo, terapeuta del lenguaje o maestro de educación especial? Sí No

¿Asiste a la escuela con regularidad? Sí No

Historia médica

¿El niño/nia ha sido hospitalizado(a)? Sí No Si contestó sí, explique _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No Si contestó sí, explique _____

Su hijo/hija alguna vez ha tenido:

Anemia Sí No Eczema/urticaria Sí No

Asma Sí No Fiebre del heno/alergias Sí No

Estreñimiento Sí No Problemas para oír Sí No

Convulsiones Sí No Soplo del corazón Sí No

Diabetes Sí No Pulmonía Sí No

Diarrea Sí No Infecciones del oído Sí No

Fracturas de huesos Sí No Amigdalitis/Anginas Sí No

Infección de las vías urinarias Sí No

Reacciones a vacunas Sí No Si contestó sí, explique _____

Otros problemas médicos Sí No Si contestó sí, explique _____

Lesiones serias Sí No Si contestó sí, explique _____

¿Otros problemas médicos? _____

POR FAVOR LLENE TAMBIEN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

Dental

Fecha de la última visita al dentista: _____

Historia familiar

¿Los padres, hermanos o hermanas del niño/niña han tenido alguno de los siguientes problemas?

- Abuso de alcohol/drogas
- Anemia (severa)
- Artritis
- Asma
- Cáncer (Tipo: _____)
- Fibrosis quística
- Diabetes
- Eczema
- Enfermedad del corazón
- Presión alta
- Colesterol alto
- Problemas del riñón
- Enfermedad mental/retraso mental
- Ataques
- Enfermedad de Tay-Sachs
- Trastorno de la tiroides
- Tuberculosis/otra enfermedad del pulmón
- Otro: _____

Nombres y edades de los hermanos y hermanas (empiece con el más grande):

Nombre: _____ Edad: _____ Problema(s) de salud: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Problema(s) de salud: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Problema(s) de salud: _____

- Los dos padres del niño/niña tienen buena salud.
- Ambos están involucrados en la crianza del niño/niña.

Su último doctor(a) fue _____

Solamente para niñas

Educación de clientes

¿A qué edad empezó su menstruación (regla)? _____
sobre:

¿Le gustaría recibir más información

La menstruación es:

- Regular Con dolor Moderada
- Irregular Leve Abundante

-el tabaco? Sí No

-el alcohol? Sí No

-las drogas? Sí No

¿Hay sangrado durante periodos?

-el sexo? Sí No

- Sí No A veces

-métodos anticonceptivos? Sí No

¿Cuándo fue el primer día de la última regla de la niña? _____

-VIH-SIDA? Sí No

¿Fue normal? Sí No

-las enfermedades de transmisión sexual?
 Sí No

Firma del padre/madre/tutor: _____

Nombre del niño/niña: _____ Fecha: _____

Historia revisada por: _____ Fecha: _____



Santa Cruz Women's Health Center, 250 Locust St. Santa Cruz, California 95060 T. 831.427.3500

Permiso e instrucciones para el tratamiento de un menor de edad

Nombre (menor de edad): _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo (nosotros), siendo el padre, la madre o tutor legal a cargo del cuidado, custodia y control del menor de edad arriba mencionado(a), por medio de la presente autorizo (autorizamos), solicito (solicitamos) y requiero (requerimos) que usted y los miembros de su personal den tratamiento a dicho menor de edad cuando se considere necesario a partir de su opinión profesional.

Se considera que el menor de edad arriba mencionado tendrá que asistir de vez en cuando al Centro de Salud para Mujeres para algún examen o tratamiento, o ambos, sin la compañía de un adulto, por motivos de mi (nuestra) ausencia o indisponibilidad.

Comprendo (comprendemos) que los médicos, enfermeras o administradores pueden considerar recomendable que uno de los padres o el tutor legal u otro adulto autorizado acompañe al menor de edad con el propósito de ayudar en el diagnóstico o tratamiento.

Estoy (estamos) de acuerdo en cooperar acompañando al menor de edad arriba mencionado siempre que me (nos) sea posible o cuando me (nos) lo pidan.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco específico: _____

Los siguientes adultos tienen mi permiso para acompañar a mi menor de edad a las visitas y hacer decisiones medicas.

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Relación del menor: _____ Día/Noche telefono: _____

Consentimiento del Padre para usar y dar a Conocer su Información Medica

La Clinica del Centro de Salud para las Mujeres de Santa Cruz esta dedicada a proteger su información médica obedeciendo las leyes en como se debe de usar y compartir la información acerca de su hijo(a). Nosotros estamos necesitando de su concentimiento para poder usar su información.

Yo doy concentimiento al Centro de Salud para las Mujeres de Santa Cruz para usar o compartir la información médica de mi hijo(a) con el proposito de tratamiento, pago y funcion del cuidado de salud.

Yo Reconosco que se me a notificado sobre mi derecho a:

- *Revisar la Notificacion de Privacidad del Centro de Salud para las Mujeres de Santa Cruz.*
- *Solicitar restricciones sobre como la informacion es usada o repartida para tratamiento, pago y funcion medica.*
- *Cancelar el Consentimiento.*

Yo he recibido la Declaracion de Privacidad de Practicas del Centro de Salud Para Mujeres y tambien me dieron la oportunidad de revisarla.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____