

## Historia clínica de niños

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Motivo para la cita de hoy \_\_\_\_\_

Quien le refiere? \_\_\_\_\_

Niño vive con: \_\_\_\_\_ los dos padres \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ otro

Nombres y edades de los otros niños en casa: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela del niño: \_\_\_\_\_

## Médico General

1. Tiene preocupaciones médicas sobre su niño? **SI**  **NO**

Si las tiene, explique: \_\_\_\_\_

2. Por favor, chequee si tiene o ha tenido su niño algo de lo siguiente:

Infecciones del oído	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Cirugía del oído	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	Problemas visuales	<input type="checkbox"/>
Trauma de cabeza	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>
Exposición a ruidos (manquinaria, música ruidosa)	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Explique porque lo chequeó: \_\_\_\_\_

3. Haga una lista de medicinas por receta o medicina de venta libre que toma su niño:

\_\_\_\_\_

4. ¿Ha sufrido su niño trauma de cabeza? **SI**  **NO**

5. ¿Ha tenido su niño cirugía de los oídos, nariz o garganta? **SI**  **NO**

## El Oído (Por favor, llene en blanco o dibuje un círculo)

1. ¿Tiene preocupaciones sobre el oído de su niño? **SI**  **NO**

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

2. Tiene alguna familia con pérdida de audición que empezó antes de la edad de 30? **SI**  **NO**

Si contestó **sí**, ¿quien es? \_\_\_\_\_

3. ¿Su niño le responde a su voz? **SI**  **NO**

4. ¿Su niño responde a los ruidos? **SI**  **NO**

5. Cuando hay un sonido o habla alguna persona, ¿puede distinguir de donde viene el sonido? **SI**  **NO**

6. ¿Responde su niño a los sonidos que vienen de otros cuartos? **SI**  **NO**

7. ¿A su niño le gusta a escuchar la música? **SI**  **NO**

8. Su niño ha tenido una examinación audiológica? **SI**  **NO**

Si la tuvo, ¿dónde tuvo lugar la examinación y describa los resultados \_\_\_\_\_

9. ¿Lleva su niño aparatos de audición? **SI**  **NO**

Si es que tiene, ¿cuándo empezó a llevarlos? \_\_\_\_\_

10. Su niño tiene asiento enfrente de la clase? **SI**  **NO**

**Historia del embarazo y el parto** (*dibuje un círculo sobre SI o NO*)

1. El embarazo fue anormal? **SI**  **NO**

2. El parto fue anormal? **SI**  **NO**

3. El parto fue prematuro? **SI**  **NO**

4. Durante el embarazo, la madre tenía alguna enfermedad? **SI**  **NO**

5. Durante el embarazo, la madre tomaba una medicación? **SI**  **NO**

6. Después del parto, ¿tuvo su niño:

Problemas de respiración? **SI**  **NO**

Requiso una incubadora? **SI**  **NO**

Anormalidades de la cabeza, cuello u oídos? **SI**  **NO**

Problemas de alimentación? **SI**  **NO**

Cirugía **SI**  **NO**

Algunas infecciones requiriendo medicina? **SI**  **NO**

Tratamiento del ictericia (el color amarillo de la piel)? **SI**  **NO**

Si respondió *sí* a algo arriba, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_