

HISTORIA MÉDICA PEDIÁTRICO - REHAB

Información del paciente

Nombre completo del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo
(M/F): _____

¿Quién completa el formulario? _____ Relación con el niño: _____

Haga una lista de todas las personas que vivan con el niño:

	Nombre	Edad	Relación
<i>ejemplo:</i>	<i>Emily Smith</i>	<i>30</i>	<i>madre</i>

Tipo de vivienda en que vive el niño: Casa de varios niveles Casa de un solo nivel Apartamento
 Casa rodante Otra: _____

¿Por qué ha traído al niño a la clínica? ¿Qué le preocupa? _____

¿Cuáles con los puntos fuertes e intereses del niño? _____

Después de completar y revisar este formulario, por favor firme a continuación:

Firma del padre/madre/ tutor legal: _____

Fecha: _____

Continúa en la página siguiente

Proveedores médicos

Médico de cabecera: _____

¿Se atiende su hijo con un dentista? (sí/no): _____

¿Se atiende su hijo con algún médico especialista (sí/no): _____ En caso afirmativo, ¿qué especialidades?

- Audiólogo
- Cardiólogo
- ENT (otorrinolaringólogo)
- Pediatra especializado en el desarrollo
- Especialista en genética
- Gastroenterólogo
- Neurólogo
- Oftalmólogo
- Ortopeda
- Psicólogo/psiquiatra
- Otro: _____

¿Ha recibido terapia(s) su hijo en el pasado? (sí/no): _____ En caso afirmativo, ¿qué terapias?

- Fisioterapia
- Logopedia
- Terapia visual
- Terapia ocupacional
- Terapia conductual

Antecedentes médicos

Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____ Edad gestacional: _____

Tipo de parto: _____ En caso de cesárea, ¿fue planificada? (sí/no): _____

Complicaciones durante el embarazo: _____

Complicaciones durante el trabajo de parto:

Complicaciones después del parto: _____

¿Hay alguna posibilidad de que el bebé haya estado expuesto a alcohol, o a fármacos de venta con o sin receta durante el embarazo? (sí/no): _____

¿Pasó su hijo el cribado auditivo neonatal? (sí/no): _____

¿Se ha sometido su hijo alguna vez a cirugía? (sí/no) _____ En caso afirmativo, describa: _____

¿Ha sufrido su hijo alguna enfermedad o lesión importantes? (sí/no) _____ En caso afirmativo, describa:

Continúa en la página siguiente

¿Se le ha diagnosticado alguna vez a su hijo o a algún familiar inmediato (uno de los padres o de los hermanos) alguna de las siguientes afecciones?

- ADHD (Trastorno de hiperactividad y deficiencia de atención)..... Niño Padre/madre Hermano
- Alergias..... Niño Padre/madre Hermano alérgico a: _____
- Asma o enfermedad respiratoria..... Niño Padre/madre Hermano
- Anemia..... Niño Padre/madre Hermano
- Autismo/síndrome de Asperger..... Niño Padre/madre Hermano
- Parálisis cerebral..... Niño Padre/madre Hermano
- Labio leporino/paladar hendido..... Niño Padre/madre Hermano
- Cardiopatía congénita..... Niño Padre/madre Hermano
- Estreñimiento o reflujo gastroesofágico..... Niño Padre/madre Hermano
- Retraso en el desarrollo..... Niño Padre/madre Hermano
- Diabetes..... Niño Padre/madre Hermano tipo I o II: _____
- Eccema..... Niño Padre/madre Hermano
- Infecciones de los oídos (3 o más en la niñez temprana, 3 o más en 1 año)
..... Niño Padre/madre Hermano
- Encefalitis..... Niño Padre/madre Hermano
- Déficit del desarrollo..... Niño Padre/madre Hermano
- Trastorno alimentario..... Niño Padre/madre Hermano
- Síndrome genético..... Niño Padre/madre Hermano
¿Qué síndrome? _____
- Traumatismo craneal (TBI)..... Niño Padre/madre Hermano edad de la lesión _____
- Enfermedad mental..... Niño Padre/madre Hermano
¿Qué afección? _____
- Faringitis estreptocócica recurrente..... Niño Padre/madre Hermano
- Convulsiones/epilepsia..... Niño Padre/madre Hermano
- Trastornos del sueño..... Niño Padre/madre Hermano
- Logopedia/ Fisioterapia/Terapia ocupacional..... Niño Padre/madre Hermano
- Anquiloglosia/anclaje de los labios o mejillas..... Niño Padre/madre Hermano
- Amigdalectomía/adenoidectomía..... Niño Padre/madre Hermano
- Infección de las vías urinarias..... Niño Padre/madre Hermano
- Terapia vision/terapia escolar..... Niño Padre/madre Hermano
- Otra: _____ Niño Padre/madre Hermano

Hitos del desarrollo ¿Realiza su hijo alguna de las siguientes actividades?

- Rodar para ponerse de espalda al estar sobre el estómago..... sí aún no ya no
- Rodar para ponerse sobre el estómago al estar de espalda..... sí aún no ya no
- Sentarse sin apoyos..... sí aún no ya no
- Gatear sobre el estómago..... sí aún no ya no
- Gatear en cuatro patas..... sí aún no ya no
- Dar primeros pasos..... sí aún no ya no
- Caminar sosteniéndose de los muebles..... sí aún no ya no
- Caminar..... sí aún no ya no

Patient label

PEDIATRIC MEDICAL HISTORY - REHAB

Mason Health
P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive
Shelton, WA 98584
MGH 1509S Rev. 6/2020 Page | 3
SCAN TO PHYSICAL THERAPY NOTE