

## Historial Pediátrico Ortopédico

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

SS# de Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_, Peso: \_\_\_\_\_, Temperatura: \_\_\_\_\_ Dirección de E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra/dirección/teléfono \_\_\_\_\_

### Dolencia Principal

¿Por qué está visitando hoy al doctor? \_\_\_\_\_

Síntomas/dolencias & fecha en la que aparecieron: \_\_\_\_\_

Sí es una lesión, ¿como ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Ha visto a otro doctor (incluso en un ER) por esta razón? en caso afirmativo, ¿quién, donde y que tratamiento le fue recetado? \_\_\_\_\_

### Historial Médico del paciente

Alergias: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

Alergia al latex:  SI  NO Dieta: \_\_\_\_\_

Medicaciones	Dosis	Ruta	Cuanto tiempo?	Efectos secundarios
--------------	-------	------	----------------	---------------------

Duración del embarazo de la madre: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Angustia fetal: No \_\_, Si \_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

Operaciones/Hospitalizaciones	Año	Complicaciones
-------------------------------	-----	----------------

### Historial Médico Familiar

**Estado de salud**/Problemas medicos significantes o causas de muerte de miembros familiares:

Salud de la madre del paciente: \_\_\_\_\_ & Salud del padre: \_\_\_\_\_

Salud del hermano/hermana del paciente: \_\_\_\_\_

Abuelos-Padres de la madre: \_\_\_\_\_

Abuelos-Padres del padre: \_\_\_\_\_

Otro familiares: \_\_\_\_\_

### Historial Social

Curso en la escuela \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_ Clase especial \_\_\_\_\_ Intervención temprana \_\_\_\_\_

Empleo/Ocupación \_\_\_\_\_ Idioma: Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Quién vive en la casa con usted? \_\_\_\_\_

¿Practica algún ejercicio/ Deportes? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Pocas veces \_\_\_\_\_

Tipo de ejercicio/ deportes: \_\_\_\_\_

# Historial Pediátrico Ortopédico

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## Resumen de los sistemas para el paciente

Ha tenido algún problema con su: (Señale si o no.Describa los si mas abajo.)

Ojos: ..... N ..... Y      Corazón/Cardiaco: N ..... Y      Debilidad muscular: ..... N ..... Y  
Oídos,Nariz,Garganta:N ..... Y      Pulmones, Respiración:N ..... Y      Neurológico: ..... N ..... Y  
Digestión: ..... N ..... Y      Erupciones/Problemas de piel: N ..... Y      Paralisis/Hormigueo: ..... N ..... Y  
Vejiga: ..... N ..... Y      Dolores en la espalda:N ..... Y      Comportamiento/Psicológico N ..... Y  
Entrañas: ..... N ..... Y      Problemas al andar: ..... N ..... Y

¿Tiene alguna otra condición médica?: N ..... Y \_\_\_\_\_

Para pacientes femeninos: Fecha del primer periodo menstrual \_\_\_\_\_

¿Utiliza aparatos de asistencia o ortopédicos? Tipos y formas en los que los usa:

Recibe tratamiento de terapia física? No  Si  Frecuencia \_\_\_\_\_ ¿Terapia Ocupacional? No  Si  Frecuencia \_\_\_\_\_  
¿Terapia del habla? No  Si  Frecuencia \_\_\_\_\_

## Datos de desarrollo:

0 – 6 Meses	N	S	7 - 15 Meses	N	S	16 - 24 Meses	N	S
Control de cabeza			Se sienta solo			Anda bien		
Sigue visualmente los juguetes			Gatea			Usa cubiertos		
Alcanza objetos			Tira para levantarse			Sube escaleras		

¿Preocupaciones especiales concernientes al desarrollo? \_\_\_\_\_

Firma de padres/ tutor \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ M. D.

Fecha: \_\_\_\_\_