

**Pediatric Neurology Medical History**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Pediatra: \_\_\_\_\_ Telefono del Pediatra: \_\_\_\_\_

**Razon principal por la visita: (SER ESPECIFICO)**

**Medicamento Corriente:** Ninguno  En caso afirmativo, escriba el nombre de cada medicamento:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

**Familia Hechos:**

	<b><u>NOMBRE:</u></b>	<b><u>Edad:</u></b>	<b><u>Ocupacion:</u></b>
Madre:	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____

Padres:  **Casados**     **Divorciados**     **Soltero/a**  
Incesto  **NO** En caso afirmativo, ser especifico relacion al paciente \_\_\_\_\_

	<b><u>Nombre:</u></b>	<b><u>Edad:</u></b>	<b><u>Grado:</u></b>
Hermano/s:	_____	_____	_____

Hermana/s:

**Algun miembro de la familia con lo siguiente? Pofavor marcar los que corresponden.**

Convulsions/Epilepsia si, quien: \_\_\_\_\_  Bipolar si, quien: \_\_\_\_\_  
 Incapacidad de aprendizaje si, quien: \_\_\_\_\_  Migranas si, quien: \_\_\_\_\_  
 Schizophrenia si, quien: \_\_\_\_\_  Infarto cerebral si, quien: \_\_\_\_\_  
 Desorden Panico si, quien: \_\_\_\_\_  Paralisis si, quien: \_\_\_\_\_  
 Problemas de corazon si, quien: \_\_\_\_\_

**Historia Medica:**

Vacunas Actualizado:  No  Si  
Cirugia Previa:  No  Si, explicar: \_\_\_\_\_

**Historia de Nacimiento:**

**Embarazo/Nacimiento/Parto:**

Normal  Pre-maturo, cuantas semanas? \_\_\_\_\_ Duracion del parto? \_\_\_\_\_  
Complicaciones:  No  Si, explicar: \_\_\_\_\_  
 Vaginal     Cesarea     Bilirrubina  
Nombre del hospital? \_\_\_\_\_ Nombre del obstetrico? \_\_\_\_\_  
Peso de nacimiento? \_\_\_\_ Respiracion a nacer? \_\_\_\_ Dias en la sala de maternidad? \_\_\_\_  
Ha estado Hospitalizado?  No  Si, cual fue la razon, nombre del hospital, duracion y resultado \_\_\_\_\_

**Crecimiento y Desarrollo:**  
**(Porfavor marcar un aproximado tiempo)**

	0-3 months	4-7 months	8-11 months	12-15 months	16-19 months	20-24 months	25+months
Voltearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrenado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Revision de Sistemas**

Tiene usted o ha tenido alguno de los sintomas a continuacion? **Circule Si o No.**

**Constitucional Síntomas**

Fiebre	Y	N
Escalofríos	Y	N
Dolor de cabeza	Y	N
Otros		

**Integumentary**

Erupciones en la piel	Y	N
Hierve	Y	N
Persistente picazón	Y	N
Otros		

**Gastrointestinales**

Dolor abdominal	Y	N
Náuseas / vómitos	Y	N
Indigestión / acidez	Y	N
Otros		

**Ojos**

Visión borrosa	Y	N
Doble visión	Y	N
Dolor	Y	N
Otros		

**Muscoloskeletal**

Únete a dolor	Y	N
Dolor en el cuello	Y	N
El dolor de espalda	Y	N
Otros		

**Cardiovasculares**

Dolor de pecho	Y	N
Venas varicosas	Y	N
Alta presión blood	Y	N
Otros		

**Alérgica / Inmunológicas**

Fiebre del heno	Y	N
Las alergias de drogas	Y	N
Otros		

**Oído, Nariz y Garganta / M I sur**

Infección del oído	Y	N
Dolor de garganta	Y	N
Sinus problema	Y	N
Otros		

**Hematológicas / linfática**

Inflamación de las glándulas	Y	N
Problema de coagulación de la sangre	Y	N
Otros		

**Neurológicos**

Temblores	Y	N
Dizzy hechizos	Y	N
Entumecimiento u hormigueo	Y	N
Otros		

**Genitourinario**

Retención de orina	Y	N
Dolor al orinar	Y	N
frecuencia urinaria	Y	N
Otros		

**Psicológico**

Si eres infeliz con su la vida?	Y	N
¿Se siente con depresión severa?	Y	N
¿Ha pensado en el suicidio?	Y	N

**Endocrino**

Sed excesiva	Y	N
Demasiado caliente / fría	Y	N
¿Cansado / lento	Y	N
Otros		

**Los problemas Respiratorios**

Sibilancias	Y	N
Tos frecuente	Y	N
Dificultad para respirar	Y	N
Otros		

**Social:** Tiene algun problema de jugar o trabajar con otras personas:  No  Si, porfavor explicar:

---



---