



Ronald McDonald Care Mobile



Formulario de antecedentes del niño

*****Por favor llene lo más que pueda para atenderle mejor a su hijo/a*****

Nombre de niño	Fecha de nacimiento
Última visita a su doctor primario	Motivo
Última visita a su dentista	Última exámen de la vista?

¿Cuántas días ha perdido el niño/a de la escuela en el año pasado? _____ Motivo _____
¿Algunos días fueron porque le faltaban el examen físico o las vacunas necesarias? Sí No

¿El niño/la niña ha estado en la sala de emergencias en el año pasado? Sí No
Motivo _____

¿Ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía? Sí No Motivo _____

Medicamentos que toma (anote todos): _____

Alergia a algún medicamento/alimento/otro tipo (anote todas) _____

¿Ha tenido el niño/la niña alguna reacción a las vacunas previas? (Circule)
NINGUNO fiebre (104 o más) convulsiones reacción alérgica grave erupción alteración en el estado mental

¿Tiene el niño/la niña algún problema de salud o enfermedades graves?

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacas (soplo cardíaco, presión alta)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Célula falciforme / hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos o dolor en el pecho con ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de los huesos/articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los oídos o de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas oculares o visuales, usa anteojos o lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra condición:	

Antecedentes familiares del niño: Anote la letra del miembro de la familia que tiene el problema —Madre, Padre, Hermana (Ha), Hermano (Ho), Abuelo(a)

Enfermedad del corazón	Asma	Presión Alta	Cáncer
Accidente cerebrovascular	Convulsiones	Diabetes	Fallecio subitamente antes de 50

Marque sí o no para las siguientes declaraciones:

- Sí No En los últimos 12 meses, nuestra familia se ha quedado sin comida antes de que tuviéramos dinero para comprar más
- Sí No En los últimos 12 meses, a nuestra familia le preocupaba que no tuviéramos suficiente comida antes de tener dinero para comprar más
- Sí No El niño está expuesto al humo del cigarrillo en el hogar
- Sí No Hay un arma en el hogar donde el niño vive o pasa mucho tiempo
- Sí No El niño usa un cinturón de seguridad en el automóvil
- Sí No El niño tiene un casco de bicicleta
- Sí No El niño necesita recursos de salud mental/salud del comportamiento

¿Alguna otra cosa que quiera informarnos sobre el niño/la niña o alguna preocupación en especial?

Nombre(letra imprenta)	Fecha
Firma de padre/tutor	