



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

Nombre: _____ Fecha: _____
No. Afiliación: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M F
Informante (parentesco): _____ Edad: _____ años Escolaridad: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Síntomas en orden cronológico y tiempo de evolución. Describa por separado cada uno de los síntomas, con la evolución de sus características, desde el inicio hasta el momento actual.

Diagnósticos previos: _____

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: _____

Terapéutica previa: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: Edad: _____ años Escolaridad: _____
si no

Ocupación: _____ Gesta: _____ Parto: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Toxicomanías: Especifique: _____
si no

Padre vive: Edad: _____ años Escolaridad: _____
si no

Ocupación: _____ Toxicomanías: Especifique: _____
si no

Hermanos: número _____ Vivos: _____ Edades: _____

Muertos: _____ Causa (s): _____

Padecimientos heredofamiliares: Negativos: _____ Positivos: _____
(marque con una X los positivos)

Diabéticos: _____ Cardiópatas: _____ Nefrópatas: _____

Hipertensión _____ Hematológicos: _____ Oncológicos: _____

Neurológicos: _____ Malf. Congénitas: _____ Alérgicos: _____

Especificar: _____

Contacto con enfermedades infecciosas: Especificar: _____
si no

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo num: _____ Curso normal: Causa: _____
si no

Gestación: _____ semanas. Sitio de atención del parto: _____

Parto eutócico: Causa: _____
si no

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Rup. Pret. membran. horas: _____
si no

Anestesia: Cual: _____
si no

Apnea neonatal: _____ Convulsiones: _____ Hemorragias: _____ Ictericia: _____

Cianosis: _____ Otros: _____
Especifique

Información adicional: _____

Personales no patológicos

Alimentación:

Pecho materno: si no Duración: meses. Ablactación: meses

Destete: meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne:

Leche: Huevo: Frutas: Cereales:

Verduras: Leguminosas

INMUNIZACIONES; DOSIS Y EDAD AL MOMENTO DE APLICACIÓN. Marque con una cruz

BCG al nacer () Sabin al nacer () 2 m () 4 m () 6 m Dosis adicionales campañas ()

Hepatitis B al nacer () 2 meses () 6 meses () Refuerzos ()

Pentavalente acelular: DPaT+VPI+Hib : 2 m () 4 m () 6 m () Refuerzo 18 m ()

Rotavirus 2 m () 4 m () Antineumocócica conjugada 2 m () 4 m () Refuerzo 12 m ()

Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib; 2 m () 4 m () 6 m () Refuerzo 18 m ()

Influenza: 6 m () 7 m () anual () fecha última aplicación: _____

DPT REFUERZO: 4 a () Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a () Refuerzo 6 a ()

Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Siguió objetos: Sonrió: Sostuvo la cabeza: Se sentó:

Caminó: Control de esfínteres: Vesical: Anal:

Escolaridad actual: Años escolares reprobados:

Datos anormales en el desarrollo:

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: Pubarca: Adrenarca:

Edad de espermaquia:

Ciclos Menstruales: Frecuencia: Duración: Cantidad:
(num. toallas promedio/ día)

Dismenorrea: si no

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: Letrina: Tipo inglés:

Agua intradomiciliaria: si no Baño familiar: Comunal:

Convivencia con animales: si no Cual (es):

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento:

Número de cuartos en la casa _____ (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa _____ (incluir a todo los niños)

Refrigerador: _____ si _____ no Teléfono: _____ si _____ no Automóvil: _____ si _____ no

Exposición a sustancias tóxicas: _____ si _____ no Cuales: _____

Personales patológicos (especifique todas las enfermedades que ha padecido)

EXPLORACION FISICA

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. P. cef: _____ cm. P. Brazo _____ cm.
P. pierna: _____ cm. Seg. sup: _____ cm. Seg. inf.: _____ cm.
F.C.: _____ x' F.R.: _____ x' Temp: _____ °C. T.A.: _____

Aspecto General

Piel y faneras: _____
Cabeza: _____
Ojos: _____
Oídos: _____
Boca y faringe: _____
Cuello: _____
Tórax: _____
a) Ap. Resp.: _____
b) Ap. Card.: _____
Tanner mamario: _____
Abdomen: _____
Extremidades: _____
Genitales: _____
Tanner genital: _____
Año y recto: _____
Tanner púbico: _____
Vas. Periférico: _____
Neurológico: _____
Col. Vertebral: _____

Nombre del médico que realizó la historia: _____

Nombre y firma del médico que revisó la historia: _____
Firma _____