**HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA**

**Fecha de 1er Evaluación: Día\_\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.-Datos Personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del paciente |  |
| Nombre del padre y de la madre |  |
| Sexo |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Inicio de alimentos complementarios |  |

2.-Perinatales

|  |  |
| --- | --- |
| Edad gestacional con la que nació |  |
| Parto | **Natural, Instrumental, cesárea**  **Causa si fue cesárea:** |
| Padeció Retraso del crecimiento intrauterino |  |
| Padeció la madre Diabetes gestacional |  |
| Sobrepeso de la madre en el embarazo |  |
| Peso al nacer |  |
| Talla al nacer |  |
| Perímetro cefálico |  |
| Estado Nutricio al nacer |  |
|  | Estos FACTORES INTERVIENEN EL EL POTENCIAL DE CRECIMIENTO DEL NIÑO |

**3.- Personales**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Asiste normalmente al pediatra? |  |

**Antecedentes patológicos (enfermedades que ha padecido el niño: infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales, renales, neurológicas, alergias, hospitalizaciones, cirugías, traumatismos):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.- Aspectos psicosociales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspecto del niño(estado de ánimo)** |  |
| **Vive con los 2 padres** |  |
| **Ambos padres trabajan** |  |
| **Quien cuida al niño** |  |
| **Problemas en casa** |  |
| **Algún cambio de su rutina diaria** |  |
| **Cuidador y alimentos ¿Quién lo cuida?** |  |
| **Conducta del cuidador en la comida** |  |

**5.- Hábitos y conductas:**

Sueño (horas al día que duerme, incluidas las siestas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apetito (bueno, regular, malo, variable, elevado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Velocidad con la que come (rápida, despacio, normal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingesta Hídrica: (agua que toma en el dìa ) \_\_\_\_\_\_\_ml

Disposición durante la alimentación: Atento\_\_\_\_\_\_\_\_ Buena disposición\_\_\_\_\_\_\_\_ colaborador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presencia de distractores a la hora de comer (TV, juguetes, otros): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Come entre comidas? \_\_\_\_\_ Repite lo servido: \_\_\_\_\_\_ Tamaño de raciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evacuaciones al día (¿presenta estreñimiento? # de evacuaciones/día): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento Médico (si recibe alguno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.- Dietéticos**

**a.-Lactancia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Recibión Lactancia Materna**  **Duración** | **Si No** |
| **Lactancia Mixta**  **Duración**  **Fórmula láctea**  **Edad de Inicio**  **Edad de fin de la fórmula láctea** | Especifique los horarios de las tomas enumerándolas  1ª toma a las  2ª toma a las |
| **Inicio de la Introducción de alimentos** |  |
| **Edad de introducción a la dieta familiar** |  |
| **Toma de biberón**  **Onzas por día** |  |
| **Observaciones** |  |
| **Edad de introducción de líquidos** |  |

**b.-Rechazos , preferencias e intolerancias a alimentos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rechazos de alimentos |  |
| Preferencias de alimentos |  |
| Intolerancias, ¿Qué síntomas está presentando? |  |
| Niño vomitador o regurgitador habitual |  |

**c.-Recordatorio de Ingesta de alimentos (Registro de los que ha comido el niño en las últimas 24 horas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tiempo de comida** | **Con quién lo realiza** | **¿Qué come?** | **Cantidad en cucharadas**  **1 cda sopera = 15 ml** |
| **Desayuno** |  |  |  |
| **Colación matutina** |  |  |  |
| **Comida** |  |  |  |
| **Colación** |  |  |  |
| **Cena** |  |  |  |
| **Otras colaciones** |  |  |  |

d.- Otros puntos

1.-¿Qué consistencia lleva?

2.-¿Cuánta agua ofrece?

3.- ¿Deja que coma sólo o usted ofrece ¿

**7.- Evaluación Antropométrica: desnudos (si se puede)**

**Evaluamos la masa total del organismo del pequeño:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  |  |  |
| Peso |  |  |  |
| Longitud |  |  |  |
| Edad |  |  |  |

**Ponemos una lista de alimentos ofrecidos , borre los que NO ha ofrecido a su hij@ y deje los que SI ha OFRECIDO**

Puede agregar si en esta lista no se encuentra los alimentos que ha probado

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo de alimentos | Alimentos |
| 1. Leche | Leche de vaca entera, yogurt natural |
| 1. Frutas | Ciruela pasa , papaya , plátano , pera , manzana, melón, guayaba, mango , naranja, mandarina, uva, durazno , kiwi , nectarina, sandía , piña. |
| 1. Verduras | Chayote, calabaza, ejote, jitomate, espinaca, brócoli , coliflor, pimiento morrón, nopal, champiñón, jicama , pepino, betabel, zanahoria, espárragos. |
| 1. Leguminosa | Frijol, lentejas, garbanzo, habas, edamames/tofu |
| 1. Cereales y Tubérculos | Avena, amaranto, arroz, tortilla de maíz, papa , camote, sopa de pasta , quinoa  Pan de caja |
| 1. Alimento de origen animal | Huevo res pollo cerdo pescado: salmón, sardina, tilapia, lenguado, dorado ,camarón  Queso |
| 1. Grasas y aceites | Aguacate, aceite de oliva, aceite de canola, aceite de cártamo, aceite de coco , coco rallado |
| 1. Semillas | Almendras, cacahuate, nuez, nuez de la india, chia , linaza  Semilla de calabaza, semilla de girasol, semilla de hemp  , pistaches |
| 1. Especias | Ajo cebolla pimienta laurel canela jengibre canela clavo vainilla |

**Exámenes de Laboratorio:** ¿Se ha realizado una analítica recientemente? de ser así, comente si algún dato se encontró alterado.

**8.- Evaluación Global subjetiva**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Palidez cutánea |  | Laxitud de la piel |  | Sequedad en la piel |  |
| Alteraciones en cabello |  | Poca grasa en extremidades y glúteos |  | Palidez |  |