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 |  |
| Motivo de consulta |  |

2.-Perinatales

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tuvo un Embarazo que llevó control por un profesional Sanitario ? |  |
| Edad gestacional con la que nació |  |
| Parto | **Natural, Instrumental, cesárea****Causa si fue cesárea:** |
| Retraso del crecimiento intrauterino |  |
| 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.-Antecedentes heredofamiliares

Marque con una cruz los antecedentes que existen en la familia

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades | ¿Quién las padece en casa ( padres, hermanos, abuelos) |
| Obesidad |  |
| Diabetes Mellitus |  |
| Enfermedades cardiovasculares |  |
| Tiroides |  |
| Nefropatás |  |
| SOP |  |
| Alergias /asma |  |
| Cáncer |  |
| Dislipidemias |  |
| Problemas nutricionales en la infancia |  |

5.- Aspectos psicosociales

|  |  |
| --- | --- |
| Aspecto del niño(estado de ánimo) |  |
| Vive con los 2 padres |  |
| Ambos padres trabajan |  |
| Quién aporta el dinero para su manutención |  |
| Se encuentra empleado |  |
| 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 |  |

6.- Actividad Física:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Actividad** | **Horas/día** | **Días a la semana** |
| **Escolaridad** |  |  |
| **Juego pasivo** |  |  |
| **Juego activo** |  |  |
| **TV** |  |  |
| **LECTURA** |  |  |
| **DEPORTE** |  |  |

7.- Dietéticos

a.-Lactancia

|  |  |
| --- | --- |
| **Recibión Lactancia Materna****Duración** | Si No  |
| **Lactancia Mixta****Duración****Fórmula láctea** **Edad de Inicio** **Edad de fin de la fórmula láctea** |  |
| **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?** | **Grupo de alimentos consumidos** |
| **Desayuno** |  |  |  |
| **Colación matutina** |  |  |  |
| **Comida** |  |  |  |
| **Colación**  |  |  |  |
| **Cena** |  |  |  |
| **Otras colaciones** |  |  |  |

Observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d.- Exposición de alimentos durante la alimentación complementaria.

Ponemos una lista de alimentos ofrecidos , borre los que no come su hij@

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 ,camarónQueso  |
| 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 , linazaSemilla de calabaza, semilla de girasol, semilla de hemp , pistaches |
| 1. Especias
 | Ajo cebolla pimienta laurel canela jengibre canela clavo vainilla  |

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e.-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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Evaluamos la masa total del organismo del pequeño:

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

**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  |  |