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.- Frecuencia y consumo de alimentos ( en la familia)

Para agilizar se recomienda **u**tilizar “7/7”, “2/ 7”, “3/7”, 1/7 (semanal), 1/15 (quincenal), 1/30 (mensual), ocasional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Leche |  | Yogur |  | Vegetales crudos (ensaladas) |  | Vegetales cocidos (vapor, sopas) |  |
| Frutas enteras |  | Frutas en Jugo |  | Carnes rojas |  | Carnes procesadas |  |
| Pescado |  | Aves |  | Huevos |  | Quesos |  |
| Legumbres |  | Otras proteínas |  | Panes |  | Cereales |  |
| Tubérculos |  | Grasas saturadas |  | Grasas mono/poli |  | Azucares |  |
| Bebidas gseosas |  | Bebidas achocolatadas |  | Bollería |  | Otros: |  |

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 |  |