



Mario R. Ortega, M.D.  
Jose Mario Ortega, M.D.  
Scott D. Wissman, M.D.

10901 Connecticut Avenue, Suite 100  
Kensington, MD 20895  
T 240-290-1041 F 240-290-1045

501 North Frederick Avenue, Suite 212  
Gaithersburg, MD 20877  
T 301-407-1701 F 301-407-1597

## Cuestionario de Historial Médico Familiar

|  |   |  |                                      |
|--|---|--|--------------------------------------|
| Nombre del Paciente:   |   | Fecha de Nacimiento:   | Sexo: (circule)<br>baron      hembra |
| Persona que llenó el Formulario:   | Fecha de Hoy:   | Relación con el Paciente:  |                                      |
| <b>HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER</b>                                       |   | <b>HISTORIAL PSICOSOCIAL</b>   |                                      |
| Nombre del Hospital:   |   | ¿Quién vive en el hogar? _____   |                                      |
| Enfermedades durante el embarazo   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____   |                                      |
| Medicamentos durante embarazo  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> Alquilan <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Refugio    |                                      |
| Abuso de Alcohol o drogas  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | ¿Quién cuida el niño/a? _____  |                                      |
| Problemas al Nacer   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Fecha de Nacimiento?      Madre: _____   |                                      |
| Describe: _____  |   | Padre: _____   |                                      |
| Tip de Parto   | <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea | Trabajan los Padres      Madre:      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |                                      |
| Peso al Nacer: _____   | Peso al darle de alta: _____                                      | Padre:      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>  |                                      |
| El bebé recibió vacuna para Hepatitis B  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Hogar Sustituto _____      Fecha: _____  |                                      |
| Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____   |   | ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____  |                                      |
| Examen Auditivo para recién nacidos  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | <b>HISTORIAL FAMILIAR</b>  |                                      |
| <b>HISTORIAL FAMILIAR</b>  |   | <b>HISTORIAL DE SALUD</b>  |                                      |
| Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: |   | Alguna vez su niño/a ha tenido:  |                                      |
| Alergias (a qué) _____   |   | Alergias (a qué) _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                             |                                      |
| ¿Quién? _____  |   | Asma      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>  |                                      |
| Asma   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Varicela? (año): _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                             |                                      |
| TB/Enfermedad del Pulmón   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Infecciones frecuentes de oído      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                |                                      |
| VIH/SIDA   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Problemas de Audición/Infecciones de la Vista      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> |                                      |
| Intentos Suicidas/Problemas Mentales   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Problemas de las Piel/Eczema      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                  |                                      |
| Enfermedad del Corazón   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | TB/Enfermedad del Pulmón      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                      |                                      |
| Presión alta/Derrame   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Convulsiones/Epilepsia      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                        |                                      |
| Colesterol Alto  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Hipertensión/Presión Alta      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                     |                                      |
| Desordenes de la Sangre/"Sickle Cell"  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Enfermedad del Corazón/Defectos      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |                                      |
| Diabetes   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Hepatitis/Enfermedad del Hígado      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |                                      |
| Convulsiones   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Diabetes      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                                      |                                      |
| Alergias/Asma  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Enfermedades del Riñón/Vejiga      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                 |                                      |
| Cáncer   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Problemas Físicos o de Aprendizaje      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>            |                                      |
| Defectos de Nacimiento   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Desordenes de la Sangre/Hemofilia      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>             |                                      |
| Pérdida de Audición  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Enfermedades Transmitedas Sexualmente      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>         |                                      |
| Problemas de habla   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Problemas Emocionales o de Comportamiento      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>     |                                      |
| Enfermedades Renales   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Depresión/Pensamientos Suicidas      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |                                      |
| Abuso de Alcohol/Droga   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Hospitalizaciones/Cirugías      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                    |                                      |
| Hepatitis/Enfermedad del Hígado  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Abuso/Físico/Emocional/o Sexual      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>               |                                      |
| Enfermedad de la Tiroide   | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Problemas en las Coyunturas/Huesos      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>            |                                      |
| Problemas de Aprendizaje/<br>Deficit de Atención ("ADD")                           | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Obesidad/Trastornos Alimenticios      No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>              |                                      |
| Violencia Doméstica  | No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>           | Otras: _____ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>                                       |                                      |
| Otras: _____   |   | Lista de Medicamentos/s que toma: _____  |                                      |
| Revisado por:  |   | Fecha que fue Revisado: _____  |                                      |