



**Concord Children's Clinic**  
**1040 Vinehaven Drive, Concord, NC 28025**  
**Phone (704)-784-1010; Fax (704)-784-1013**  
**www.concordchildrensclinic.com**

## **FORMULARIO DE FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL**

### HISTORIAL FAMILIAR

Describa cualquier condición de salud en su familia. Por favor incluya a los padres, hermanos, hermanas, abuelos (maternales y paternos) del niño, tías y tíos. Compruebe la condición e identifique quién tiene la condición en el espacio en blanco a la derecha.

Aplica No aplica

Constitucional (malos sentimientos inexplicables, fiebres inexplicables, pérdida de peso inexplicable, Cáncer, Leucemia, Colesterol alto)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Ojos (Cataratas, Ojos Cruzados)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Orejas, nariz, boca y garganta (infecciones crónicas del oído o los senos paranasales)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Corazón o vasos sanguíneos (agujero en el corazón, murmullo, presión arterial alta, ataque cardíaco)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Enfermedad respiratoria o pulmonar (asma, bronquitis, FQ u otra enfermedad pulmonar)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Estómago, Tracto intestinal (diarrea crónica, estreñimiento, digestión, úlcera, problemas intestinales o intestinales)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Articulación, Músculos, Extremidades

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Piel

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Sistema Neurológico (ADAD, LD, Retraso Mental, CP, Convulsiones, Accidente cerebrovascular, Alzheimer)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Salud psicológica o mental (depresión o ansiedad)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Endocrino (problemas glandulares, diabetes, enfermedad tiroidea)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Enfermedad de la sangre (SCA, rasgo de células falciformes)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Inmunología (Alergias Crónicas, Sistema Inmune Débil)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

Vejiga y Riñón (Infecciones Crónicas de la Vejiga, Insuficiencia Renal)

Quién: \_\_\_\_\_ : Qué: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hermanos/a: Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres: \_\_\_\_\_

El niño vive con: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna circunstancia familiar que debemos conocer? \_\_\_\_\_

¿Fumadores en casa?      Sí      No      Quién? \_\_\_\_\_

¿Armas de fuego en casa?      Sí      No

¿Detectores de humo en la casa?      Sí      No

Mascotas (describir): \_\_\_\_\_

Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Provider Reviewed: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_