

HISTORIA DE SALUD Por favor, responda a cada pregunta (*Ser completado por el padre o tutor*)

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Médico de Referencia: _____ Nombre de Pediatra: _____
 Otros doctores que están tratando a su hijo: _____
 Motivo de su visita? _____

La Historia Clínica: Peso al nacer de niño: _____ Fue su hijo prematuro? _____ Cuántas semanas? _____
 Algún problema durante el embarazo? Qué tipo?: _____
 Algo condición o enfermedad crónica? _____
 Su hijo ha tenido alguna cirugía? _____ El tipo y la fecha aproximada: _____

Su hijo ha sido hospitalizado por algun razon? Por favor explique: _____

Estan las vacunas al día? _____ Si no por favor explique: _____
 En qué grado está su hijo (si no escuela, esta en la guardería o el preescolar)? _____
 Miembros en su familia que viven en su hogares: _____
 Cuál is la altura actual de su hijo? _____ Cuál es el peso actual de su hijo? _____

Historia de Salud de Familia: Por favor marque sí si algún familiar ha tenido alguno do los siguientes:

	Si	No	Miembro de la familia y la relación con el paciente
Oído o problema auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno del sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Cualquier otra enfermedad que no figura en la lista? _____

Historia de Medicamentos

Su hijo tiene alguna alergia a medicamento? _____
 Cualquier otro tipo de alergia (comida, latex, gatos)? _____
 Haga una lista de medicamento de con receta y sin receta que el paciente esta tomando actualmente: _____

Revisión de los sistemas: Su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes(marque todas las que apliquen):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del oido | <input type="checkbox"/> Orina en la cama | <input type="checkbox"/> Debilidad de los músculos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Respirar por la boca | <input type="checkbox"/> Falta de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Mareo/desequilibrio | <input type="checkbox"/> Ganglio linfatico hinchado | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Problemas del habla | <input type="checkbox"/> Problemas pasar la comida | <input type="checkbox"/> Trastorno del sangre |
| <input type="checkbox"/> Mocosidad por la nariz | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/sinus | <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos |
| <input type="checkbox"/> Estornudar | <input type="checkbox"/> Asthma/problemas de pulmona | <input type="checkbox"/> Problemas de la conducta |
| <input type="checkbox"/> Nariz Congestionada | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cystica | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis Recurrente | <input type="checkbox"/> Reflujo de acido del estomago | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Condiciones de piel |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales | <input type="checkbox"/> Fractura de hueso |
| <input type="checkbox"/> Ronquido | <input type="checkbox"/> Inmun Deficiencia | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de la garganta | <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente | <input type="checkbox"/> Otras negativo |

Me confirmo* que lo anterior es verdadera y correcto a lo mayor de mi conocimiento (Padres/Tutores firme abajo)

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Para la Oficina: Reviewed by: _____ Date: _____