

Jose C. Cortez, MD
 George M. Seremetis, MD
 Danielle Sweeney, MD
 Amanda Hodge, RN, CPNP
 Sarah Bushner, RN, CPNP



Children's Urology
 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 302
 Austin, Texas 78723
 Phone: (512)472-6134
 Fax: (512)472-2928

HISTORIA MEDICA

En orden para ayudarnos a cuidar a su niño/niña, apreciariamos su colaboracion en complete a el sigiente cuestionario.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Quien es el su pediatra o doctor particular? _____

Razon por la consulta hoy: _____

Ha tenido estudios e exámenes su hija/hijo en referencia a este problema? Si es asi cuando y en donde fueron los exámenes echos? _____

Historia Medica Durante El Embarazo

Enfermedades durante el embarazo con el paciente? _____

Medicamentos durante el embarazo? _____

Parto: Normal, temprano, o tarde? _____

Problemas durante el parto? _____

Lista de medicamentos que este tomando ahora:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Lista de alergias (medicamentos, comidas, tiempo climaticos):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Fechas de hospitalización y razon:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

A tenido su hija/hijo cirugias:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

A tenido su hijo hija transfusions de sangre? _____

No Si

A tiendo su nino una circuncision? _____

No Si Cuando Fue? _____

Problemas:

Ohos/Oidos	S	N
Ataques Epilecticos	S	N
Corazon/Soplos	S	N
Neumonia	S	N
Diarrea/Constipacion	S	N
Sangrado de nariz	S	N
Anestecia	S	N
Diabetis	S	N
Desarollo	S	N
Psiquiatricos	S	N
Musculos/Huesos	S	N

Simptomas:

Nariz, garganta	S	N
Dolor de cabeza ó mareos	S	N
Asma/Bronquitis	S	N
Estomacales	S	N
Sangrado ó	S	N
Coagulacion enfermedad de celula de sickle/Raso G6PD	S	N
Piel	S	N
Cancers	S	N
Conductas ó emocional	S	N
Escolares	S	N

Niñas Adolescentes

Edad que cemezo su menstraucion: _____ Fecha de ultima menstraucion: _____
Duracion de ficio menstraucion: _____ Fluido: _____
Cada cuando menstrua?: _____ Liviano Normal Pesado

FIRMA: _____ FECHA: __ \ __ \ __

Historia Familiar:

Verifique por favor nombre cualquier miembros de la familia (padres, hermanos, abuelos u otros parientes) han tenido cualquiera de estas condiciones médicas:

Historia Social:

Ocupacion del Padre: _____
Ocupacion de Madre: _____

Problemas:

Riñones: _____
Urinarios: _____
Desorden de sangre: _____
Cancer: _____
Tuberculosis: _____
Diabetis: _____
Corazon: _____
Presion Alta: _____
Ataques Epilecticos: _____
Asma: _____
Algun familiar murio a causa _____
De algun problema de salud: _____

Favor de una lista de hermanos ó hermanas:

Actividad del paciente?

Casa S N
Escuela S N Grado: _____
Cudado de niño S N
Recreasion de deportes S N
Lista: _____

HISTORIA URINARIA

Usa Pañales: S N
Aque edad lo entreno a ir al baño: _____
Tuvo alguná dificultad? S N Si ese es el cas que? _____
Dolor cuando orina: S N
Ugencia para orinar: Y N
Seagacha para orinar? Y N
Orina segido: Y N Cuantas veces? _____
Tardancia para orinar? Y N
Tiene accidents durante el dia? : Y N Cuantas veces? _____
Tiene accidents durante la noche: Y N Cuantas veces? _____
Gotea para orinar: Y N
Constipacion: Y N Cuantas veces? _____
Mancha los calzones: Y N _____

Que farmacia utiliza? _____
Telefono de la farmacia: _____
Nombre de la persona que le ayudo a llenar la aplicacion: _____
Relacion al paciente: _____