

Historia Medica

En orden para que podamos ayudar a cuidar a su hijo (a), apreciariamos su colaboracion en completar el siguiente cuestionario.

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Nombre de la Madre: _____ **Nombre del Padre:** _____

Quien es su pediatra o doctor particular? _____ **Con quien vive el paciente?** _____

Razon por la consulta ahoy?: _____

Ha tenido estudios su hija/hijo en referencia a este problema? Sies asi cuando y endonde fueron los exámenes echos?

Histroia Medica Durante El Embarazo

Enfermedades Duranteel embarazo con el paciente?

Medicamentos durante el embarazo? _____

Parto: Normal, temprano, tarde? _____

Problemas durante el parto? _____

Hospitalizaciones

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 sirugias?

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

A tenido su hijo hija transfusions? No Si

A tiendo su nino una circuncision? No Si

Problemas:

Ojos/Oidos	S	N
Ataques	S	N
Corazon/Soplos	S	N
Neumonio	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

Quando Fue?

Simptomas:

Naris, garganta	S	N
Dolorde caloeza ó mareos	S	N
Asma/Bronquitis	S	N
Estomacales	S	N
Sangrado ó	S	N
Coagulacion enfermedad de celula de sicke/Rasgo 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 _____

Familia Historial:

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

Problemas:

Riñones: _____
Urinarios: _____
Desorden de Sangre: _____
Cancer: _____
Tuberculosis: _____
Diabetis: _____

Corazon: _____
Presion Alta: _____
Ataques Epilecticos: _____
Asma: _____
Algún Familiar murio
a causa de algun
problema de salud: _____

Historial Social:

Ocupacion del Padre: _____
Ocupacion la Madre: _____
Nombres y edades de los hermanos del paciente: _____

Haga una lista de otros problemas médicos conocidos

Actividad del paciente?
Casa S N
Escuela S N Grado: _____
Cudado de niño S N
Recreasion de deportes S N
List: _____

HISTORIA URINARIA

Usa Pañales _____
A que edad lo entreno air al baño? _____
Tuvo alguná dificultad? Si No Si ese es el caso que? _____
Dolor cuando orina? _____
Urgencia para orinar? _____
Se agacha para parar de orinar? _____
Orina segido: Si No Cuantas veces? _____
Tardancia para Orinar? _____
Tiene accidentes durante el dia? Cuantas veces? _____
Tiene accidentes durante la noche? Cuantas veces? _____
Gotea para orinar? _____
Constipacion? _____
Mancha los calzones? _____

Que Farmacia Utiliza? _____
Telefono de la Farmacia: _____
Nombre De la Persona Que le Ayudo a llenar la aplicacion: _____
Relacion al Paciente: _____

FIRMA _____ FECHA _____