

Austin:
1301 Barbara Jordan Blvd Suite 302 Austin Texas 78723

Cedar Park:
1301 Medical Parkway Suite 310 Cedar Park Texas
78613



Historial Médico

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Medicamentos

¿Que medicamentos toma el paciente? _____

Alergias

¿Que alergias tiene el paciente? (medicamentos, comidas ó ambiental): _____

Hospitalizaciones: *sintomas y fechas*

Historia de Cirugías: *tipo de cirugía y fechas*

¿El/La paciente a tenido tranfuncion de sangre? no sí

¿El Paciente a tenido una circuncision? no sí ¿Cuando? _____

Problemas

Por favor haga una lista de otros problemas medicos que tenga el paciente:

Razon por su visita hoy?: _____

¿Ha tenido un examen de laboratorio o una radiografía en referencia a este problema? **No** **Sí**

¿Cuales examines, y donde los tomaron? _____

¿Que farmacia utilizan? _____

Ubicación de farmacia: _____

Preguntas para Embarazadas

¿Cuando es la fecha de parto? _____ ¿Quien va hacer el peditra de tu bebe? _____

¿Quien es tu Obstetra? _____ ¿En que hospital dara a luz? _____

Nombre de persona que lleno estas formas _____ Relación _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Historia Social

Ocupacion de la Madre: _____

Ocupacion del Padre: _____

Nombre y edad de hermano/a:

Actividades del paciente

Casa	NO	SI
Guarderia	NO	SI
Recreación/Deportes	NO	SI

¿Que deportes?: _____

Historia de Embarazo

Enfermedades durante el embarazo:

No SI Explicación _____

Medicamentos durante el embarazo:

No SI Explicación _____

Parto: Termino Completeo

Pre-maturo #de semanas _____

Tarde

Problemas durante el embarazo:

No SI Explicación _____

Historial de la familia

Por favor liste los familiares que tengan estas condiciones (padres, hermano/a, abuelo/a, tio/a) :

Desorden Sangrante	No	Sí	Relación: _____
Complicación Anestésia	No	Sí	Relación: _____
Insuficiencia Renal	No	Sí	Relación: _____
Cálculos Renales	No	Sí	Relación: _____
Infección del tracto urinario	No	Sí	Relación: _____
Hidronefrosis	No	Sí	Relación: _____
Hipospadias	No	Sí	Relación: _____
Diabetes	No	Sí	Relación: _____
Hipertensión	No	Sí	Relación: _____
Reflujo Vesicoureteral	No	Sí	Relación: _____
Otro	No	Sí	Relación: _____

Historial Medica

Oído/Ojos	No	SI	Problemas de nariz/Sinusitis/Garganta	No	SI
Convulsiones	No	SI	Dolores de cabeza/Mareos	No	SI
Soplo Cardíaco	No	SI	Asma/Bronquitis	No	SI
Neumonía	No	SI	Problemas Estomacales	No	SI
Diarrea/Estreñimiento	No	SI	Sangrado/Problemas de coagulación	No	SI
Problemas de Anestesia	No	SI	Problemas de la Piel	No	SI
Diabetes	No	SI	Cancer	No	SI
Problemas de desarrollo	No	SI	Problemas conductuales/Emocionales	No	SI
Problemas psiquiátricos	No	SI	Problemas Escolares	No	SI
Sangrado frecuente de la nariz/Moretones	NO	SI			
Enfermedad de Células falciformes/Rasgo G6pd	NO	SI			

Firma: _____ Fecha: _____