

Nombre de paciente:* _____

Fecha de nacimiento:* _____

Medicamentos

Medicamentos actuales:* _____

Alergias

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

Hospitalizaciones anteriores: Síntoma y fecha

* _____

Cirugías previas: Tipo de cirugía y fecha

* _____

¿El/La paciente a tenido tranfuncion de sangre? No ___ Sí ___

¿El Paciente a tenido una circuncision? No ___ Sí ___ ¿Cuando? _____

Condiciones / problemas médicos

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? _____

Nombre de farmacia:* _____ Dirección de farmacia: * _____

Preguntas para Embarazadas

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

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

Historia Social

Ocupación del padre 1:*

Ocupación del padre 2:

Nombre y edad de hermano/a:

¿Quién vive en el hogar? _____

Actividades diurnas para niños

Casa **No** ___ **Sí** ___

Guardería **No** ___ **Sí** ___

Recreación/Deportes **No** ___ **Sí** ___

¿Que deportes?: _____

Historia de Embarazo

Enfermedades durante el embarazo:

No ___ **Sí** ___ Explicación: _____

Medicamentos durante el embarazo:

No ___ **Sí** ___ Explicación: _____

Parto: **Termino Completo** _____

Pre-maturo _____ # de semanas _____

Tarde _____

Problemas durante el embarazo:

No ___ **Sí** ___ Explicación: _____

Historial del la familia

Por favor marque cualquier condición que aplique a algun familiar (padres, hermano/a, abuelo/a, tío/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: _____

Hypospadias **No** ___ **Sí** ___ Relación: _____

Diabetes **No** ___ **Sí** ___ Relación: _____

Hipertensión **No** ___ **Sí** ___ Relación: _____

Reflujo Vesicoureteral **No** ___ **Sí** ___ Relación: _____

Otro **No** ___ **Sí** ___ Relación: _____

Historial médico del paciente

Oído/Ojos **No** ___ **Sí** ___ Problemas de nariz/Sinusitis/Garganta **No** ___ **Sí** ___

Convulsiones **No** ___ **Sí** ___ Dolores de cabeza/Mareos **No** ___ **Sí** ___

Soplo Cardíaco **No** ___ **Sí** ___ Asma/Bronquitis **No** ___ **Sí** ___

Neumonía **No** ___ **Sí** ___ Problemas Estomacales **No** ___ **Sí** ___

Diarrea/Estreñimiento **No** ___ **Sí** ___ Sangrado/Problemas de coagulación **No** ___ **Sí** ___

Problemas de Anestesia **No** ___ **Sí** ___ Problemas de la Piel **No** ___ **Sí** ___

Diabetes **No** ___ **Sí** ___ Cancers **No** ___ **Sí** ___

Problemas de desarrollo **No** ___ **Sí** ___ Problemas conductuales/Emocional **No** ___ **Sí** ___

Problemas psiquiátricos **No** ___ **Sí** ___ Problemas Escolares **No** ___ **Sí** ___

Sangrado frecuente **No** ___ **Sí** ___ Enfermedad de Células falciformes/ **No** ___ **Sí** ___

de la nariz/Moretones **No** ___ **Sí** ___ Rasgo G6PD **No** ___ **Sí** ___

Nombre imprento del paciente: * _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____

Fecha: * _____