



## HISTORIAL DEL PACIENTE - NIÑOS (12 años de edad o menos)

En un esfuerzo para servirle mejor, solicitamos que usted nos proporcione la siguiente información. Necesitamos esta información para brindarle la mejor atención y tratamiento posible. Toda la información es estrictamente confidencial y se divulgará únicamente con su autorización por escrito.

Nro. de expediente médico

Fecha:

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Edad	Género: Masculino      Femenino	Médico de atención primaria	
<b>Medicamentos:</b> Ninguno <input type="checkbox"/>		<b>Alergias:</b> Ninguno <input type="checkbox"/>		
Por favor enumere todos los medicamentos que toma su hijo y las dosis (incluyendo los medicamentos de venta libre)		Por favor enumere alergias y tipos de reacción (por favor incluya alergias a medicamentos, al ambiente y a alimentos)		
Medicamento	Dosis	Artículo	Reacción	
<b>Historial familiar:</b>		<b>Historial social</b>		
	Sí    No		Sí    No	
Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asiste a cuidado de día / escuela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Fuman dentro de la casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ACV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cantidad de hermanos	_____	
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Proveedor de atención primaria	_____	
¿Otros?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>Cirugía y hospitalizaciones:</b> Enumere la fecha y el tipo de operaciones que su hijo(a) ha tenido.				
Año	Operación o la razón de la hospitalización			

	Sí	No
1). ¿Nació su hijo a término (dentro de las 2 semanas de la fecha estimada)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Si no fue así, ¿cuál fue la edad gestacional en semanas? _____		
b. Encierre en un círculo el tipo de Parto: Vaginal Operación cesárea		
2). ¿Hubo complicaciones al momento del nacimiento (ictericia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3). ¿Cuál fue el peso del bebé? _____		
4). ¿Cuánto midió el bebé (estatura)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5). Hombres – ¿Circuncidado?		
6). ¿Su hijo(a) ha tenido alguna de las siguientes?		
a. Ataques de asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Infecciones de oído recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Impedimento físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Enfermedad que requiera hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7). ¿Retrasos en el desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8). ¿ADD/ADHD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRAIGA LOS REGISTROS DE INMUNIZACIONES A LA CITA</b>		

Proveedor que revisó: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Revisado el: 2/14

