

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Pediatra del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fecha de examen físico \_\_\_\_\_ Vacunación actualizadas SI NO

Condición medica actual \_\_\_\_\_

Liste a otros especialistas que su hijo esta viendo: \_\_\_\_\_

Medicamento	A que?	Porque?	Cuando?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Lista de alergias (**LATEX, COMIDA, PINTURAS, MATERIALES, etc**) \_\_\_\_\_

	SI	NO	
Su hijo(a) tiene cardiopatía congénita?	___	___	Es necesaria la profilaxis SBE? _____
Está recibiendo alguna medicación o drogas?	___	___	Lista Medicamentos _____
Su hijo(a) ha sido hospitalizado?	___	___	Por qué? _____
Ha tenido alguna vez una cirugía?	___	___	Lista cirugías _____
Hay sangrado excesivo cuando se corta?	___	___	Minusvalias/Discapacidad? _____

### **HA TENIDO ALGUNA VEZ HISTORIA DE O DIFICULTAD CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE LOS QUE APLICAN)**

#### **General**

- \_\_\_ Complicaciones al nacer
- \_\_\_ Prematuro(a)
- \_\_\_ Paladar hendido
- \_\_\_ Enfermedades Hereditarias
- \_\_\_ Síndrome: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Problemas de crecimiento o estatura
- \_\_\_ Embarazada

#### **Cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta**

- \_\_\_ Infecciones crónicas de garganta
- \_\_\_ Infecciones crónicas de oídos
- \_\_\_ Problemas de oídos
- \_\_\_ Problemas de ojos
- \_\_\_ Problemas de sinusitis
- \_\_\_ Visual Imparmente
- \_\_\_ Sinusitis
- \_\_\_ Problemas de habla
- \_\_\_ Apnea/roncar
- \_\_\_ Mouth Breathing

#### **Cardiovascular**

- \_\_\_ Problems de Corazon/cirugia
- \_\_\_ Soplo del Corazon
- \_\_\_ Alta/Baja Presion
- \_\_\_ Fiebre Reumatica

#### **Respiratorio**

- \_\_\_ Asma
- Medicinas \_\_\_\_\_
- Ultimo Ataque \_\_\_\_\_
- Hospitalizaciones \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Resfriado/Gripe Frecuentes

- \_\_\_ RSV
- \_\_\_ Tuberculosis
- \_\_\_ RSV
- \_\_\_ Problemas Respiratorios
- \_\_\_ Fibrosis Cistica
- \_\_\_ Ciagarrillo

#### **Endocrino**

- \_\_\_ Diabetes
- \_\_\_ Growth Delays
- \_\_\_ Problemas Hormonales
- \_\_\_ Precocious Puberty
- \_\_\_ Problemas Tiroides

#### **Piel**

- \_\_\_ Fuegos en la boca
- \_\_\_ Ecema (eczema)
- \_\_\_ Erupción/Ronchas
- \_\_\_ Condiciones dermatológicas
- \_\_\_ Cold/Sores

#### **Gastrointestinal**

- \_\_\_ Desorden alimenticio
- \_\_\_ Ulceras
- \_\_\_ Nausea
- \_\_\_ Enfermedades del Reflujo
- \_\_\_ Hepatitis A B o C
- \_\_\_ Ictericia (Jaundice)
- \_\_\_ Problemas del Hígado
- \_\_\_ Problemas Intestinales
- \_\_\_ Diarrea Prolongada
- \_\_\_ Unintentional weight loss
- \_\_\_ Intolerancia a la lactosa
- \_\_\_ Restrictions' Dietetics

#### **Genitourinario**

- \_\_\_ Infecciones de la vejiga
- \_\_\_ Infecciones del Riñón
- \_\_\_ Systemic Birth Control
- \_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual

#### **Musculo esquelético**

- \_\_\_ Artritis
- \_\_\_ Escoliosis
- \_\_\_ Bone/Joint Problems
- \_\_\_ Problemas de Huesos/Articulaciones
- \_\_\_ Problema al abrir la boca o masticar

#### **Neurologico**

- \_\_\_ Desamayos
- \_\_\_ Mareos
- \_\_\_ Autismo
- \_\_\_ Desorden del Desarrollo
- \_\_\_ Problemas de Aprendizaje/Retrasos
- \_\_\_ Descapacidad Mental
- \_\_\_ Dáno Cerebral
- \_\_\_ Parálisis Cerebral
- \_\_\_ Convulsiones/Ataques/Epilepsia
- \_\_\_ Hidrocefalia/Derivaciones (Shunts)

#### **Psiquiátricos**

- \_\_\_ Problemas Psiquiátricos/Tratamiento
- \_\_\_ Hiperactividad/ADDH (ADHD)
- \_\_\_ Problemas Emocionales
- \_\_\_ Alcohol and chemical dependencia

#### **Hematologico/Linfático/Immune**

- \_\_\_ Anemia
- \_\_\_ Desorden sanguíneo/enfermedad de sangre
- \_\_\_ Transfusiones de sangre
- \_\_\_ Sangrado Excesivo
- \_\_\_ Moretones Fácilmente
- \_\_\_ Hemofilia
- \_\_\_ Enfermedad de la Célul de Hoz
- \_\_\_ Cáncer-Tipo: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Enfermedad Immune
- \_\_\_ Quimioterapia
- \_\_\_ Terapia de Radiación
- \_\_\_ Trasplanté Médula Ósea

#### **Enfermedades Infecciosas**

- \_\_\_ Sarampión
- \_\_\_ Paperas
- \_\_\_ Rubeola
- \_\_\_ Varicela
- \_\_\_ Mononucleosis
- \_\_\_ Cytomegalovirus (CMV)
- \_\_\_ Whooping Cough
- \_\_\_ Scarlet Fever
- \_\_\_ SIDA/HIV

#### **Historia Familiar**

- \_\_\_ Desorden Genéticos
- \_\_\_ Problemas con Anestesia General
- \_\_\_ Condiciones/enfermedades medicas graves

#### **Preocupaciones Sociales**

- \_\_\_ Expuesto al humo de cigarrillo
- \_\_\_ Historia de drogas./abuso de alcohol
- \_\_\_ Objeción a tratamiento por razón religiosa

#### **Other**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi firma indica que yo entendí y he contestado todas las preguntas en esta historia médica correctamente de acuerdo a mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad de informar a esta oficina de algún cambio en el estado medico de mi hijo(a).

Firma de Padre/Apoderado legal: \_\_\_\_\_ Parentezco al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_