

HISTORIA DE SALUD *Por favor, responda a cada pregunta. (Ser completado por el padre o tutor)*

Nombre de Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Sexo: _____

Nombre de Padre: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

Nombre de Madre: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

¿Motivo de su visita hoy? _____

¿Relación al paciente? _____

¿Medico de referencia? _____ ¿Nombre de pediatra? _____

¿Ha viajado su hijo/a fuera del país en las últimas 3 semanas? _____

¿Está tosiendo usted o su hijo/a? _____ ¿Donde le duele? _____

¿Están las vacunas al día? _____ Si no, por favor explica: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia a medicamento? _____ Por favor, haga una lista: _____

Haga una lista de medicamentos de con receta y sin receta que el paciente esta tomando actualmente:

Haga una lista de todos los problemas médicos de su hijo/a:

¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? El tipo y la fecha aproximada: _____

¿Hay personas que fuman en la casa? _____ ¿Hay mascotas en la casa? _____

Miembros de la familia que viven en la casa (edad): _____

¿Toma su hijo/a por el pecho o la botella? _____ ¿Está su hijo/a en la guardería o pre-escolar? _____

Historial de Familia: Por favor marque sí, si algún familiar ha tenido alguno de los siguientes:

	Sí	No	Miembro(s) de la familia y relacion con el paciente
Oído o problem auditivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas con anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Cualquier otra enfermedad que no figura en la lista? _____

¿Cuál es el nombre y la dirección de su farmacia? _____

¿Peso al nacer del niño/a? _____ ¿Algún problema durante el embarazo? _____

¿Fue su hijo/a prematuro? _____ ¿Cuántas semanas? _____ ¿Quedo en NICU? _____

¿Ha sido su hijo/a intubado? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Revisión de los sistemas: ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes (marque todas las quen apliquen):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del oído | <input type="checkbox"/> Orina en la cama | <input type="checkbox"/> Debilidad de los musculos |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Respira por la boca | <input type="checkbox"/> Falta de desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Mareos / desequilibrio | <input type="checkbox"/> Ganglio linfático hinchado | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon |
| <input type="checkbox"/> Problemas de habla | <input type="checkbox"/> Problemas pasar la comida | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre |
| <input type="checkbox"/> Mocosidad por la nariz | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/sinus | <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos |
| <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Asma / problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Problemas de la conducta |
| <input type="checkbox"/> Nariz congestionada | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cystica | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis recurrente | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido del estómago | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz | <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Fractura de hueso |
| <input type="checkbox"/> Ronquido | <input type="checkbox"/> Deficiencia inmune | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente | <input type="checkbox"/> Todo negativo |

Confirмо que lo anterior es verdadero y correcto a lo mayor de mi conocimiento (Firme abajo)

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Para la Oficina: Reviewed by: _____ Date: _____