

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Debe completarse el día de su visita

CONSTITUCIONAL: La pérdida de peso ___ Fiebre ___ Escalofríos ___ Debilidad ___
Cansancio ___ **Ningún síntoma** ___

Cabeza y Ojos: Pérdida de la visión ___ Visión borrosa ___ Visión doble ___ Ojos amarillos ___
Dolor de cabeza ___ Concusion cerebrales ___ **Ningún síntoma** ___

Oídos, Nariz Garganta: Pérdida de la audición ___ Otitis ___ Amigdalitis ___
Dificultad para respirar ___ Narices ensangrentadas ___ Estornudos ___
Congestión ___ Secreción nasal ___ Dolor de garganta ___
Ningún síntoma ___

PIEL: Sarpullido ___ Picazón ___ Problemas de la piel ___ **Ningún síntoma** ___

CARDIOVASCULAR: Dolor en el pecho ___ Palpitaciones ___ Hinchazón ___
Cianosis (el niño se pone azul) ___ Murmullos del corazón ___
Ningún síntoma ___

RESPIRATORIA: Dificultad para respirar ___ Tos ___ Tos productiva ___
Neumonía ___ Bronquiolitis ___ Sibilancias ___ Tos crónica ___
Reciente RSV ___ Tos con sangre ___ La tuberculosis ___ Asma ___
Ningún síntoma ___

GASTROINTESTINAL: Náuseas ___ Vómitos ___ Diarrea ___ Dolor abdominal ___
Sangre en las heces ___ Cambios en el color de las heces ___
Estreñimiento ___ Ictericia (color amarillo de la piel) ___ Cólicos ___
Pérdida del apetito ___ **Ningún síntoma** ___

NEUROLÓGICA: Dolores de cabeza ___ Mareos ___ Desmayos ___ Parálisis ___
Entumecimiento ___ Hormigueo en las manos o los pies ___ **Ningún síntoma** ___

MUSCULOESQUELÉTICO: Dolor muscular ___ Dolor de espalda ___
Dolor en las articulaciones ___ Rigidez en las articulaciones ___
Hinchazón de las articulaciones ___ La escoliosis ___
Debilidad muscular ___ Lesiones recientes ___
Los cambios en pie ___ **Ningún síntoma** ___

HEMATOLOGICAS: La anemia ___ Sangrado o moretones anormales ___
Enfermedad de células falciformes / rasgo ___ Enfermedad G6PD ___
Antecedentes de cáncer ___ **Ningún síntoma** ___

LINFATICOS: Nódulos linfáticos agrandadosnodes ___ **Ningún síntoma** ___

PSIQUIÁTRICO: Antecedentes de depresión o ansiedad ___ El TDAH ___
Problemas de conducta / emocionales ___ Trastornos del espectro autista ___
Ningún síntoma ___

ENDOCRINOLOGIC: Sudoración anormal ___ Intolerancia al frío o al calor ___
Sensación de sed ___ **Ningún síntoma** ___

ALERGIAS: Las alergias estacionales ___ Asma ___ Urticaria ___ Eczema ___
Secreción nasal ___ Alergias a los alimentos ___ **Ningún síntoma** ___

REVISIÓN DE SISTEMAS UROLÓGICA

URINAR: Ardor al orinar ___ Urgencia para orinar ___ Frecuencia de orinar ___
Retención de orina durante largos períodos de tiempo ___
Acidentes de enuresis diurna ___ Orinarse en la cama ___ El goteo o la orina ___
Infecciones urinarias ___ Sangre en la orina ___
Dificultad entrenamiento para ir al baño ___ Chorro de orina débil ___
Desviada chorro urinario ___ Dificultad para iniciar el flujo de orina ___
Dolor en el flanco (dolor en el costado y la espalda) ___

Hombres:

Genitourinario: Dolor escrotal ___ Dolor testicular ___ Dolor en el pene ___
Prepucio problemas ___

Mujeres:

HISTORIA MENSTRUAL

Edad al inicio de la menstruación _____

Número de días en el ciclo menstrual _____

Fecha de inicio del último período menstrual _____

Nombre de padre / tutor impreso: _____

Firma del padre / tutor: _____

Relación con Paciente: _____ **Fecha:** _____