

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?: \_\_\_\_\_

**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 de la nariz/Moretones	No ___ Sí ___	Enfermedad de Células falciformes/ Rasgo G6PD	No ___ Sí ___

Nombre imprento del paciente: \* \_\_\_\_\_

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

Fecha: \* \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_