



HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE PEDIATRICO



FECHA _____

EXPEDIENTE# _____

Bienvenido a nuestra clinica. Su salud es importante para nosotros. Por favor llene este documento lo mejor que pueda. Toda la información que usted proporcione será tratada en forma confidencial.

Nombre del Paciente _____ Hombre Mujer
Primer Nombre Segundo Nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Lugar de nacimiento _____

Médico previo: _____ Escuela _____ Grado _____

ALERGIAS <input type="checkbox"/> Ninguna	MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> Ninguno <small>Mencione los medicamentos que este tomando. Incluya vitaminas</small>																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Medicamento o Sustancia</th> <th style="width:50%;">Reacción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medicamento o Sustancia	Reacción									<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Nombre del Medicamento</th> <th style="width:25%;">Dosis</th> <th style="width:25%;">Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia												
Medicamento o Sustancia	Reacción																									
Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia																								

HISTORIA FAMILIAR

Por favor proporcione la siguiente información acerca de los **padres, abuelos, y hermanos** del paciente:

Condición	Quién la tiene	Condición	Quién la tiene
<input type="checkbox"/> Adicción a alcohol o drogas		<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos/ soplos	
<input type="checkbox"/> ADD/ ADHD		<input type="checkbox"/> Presión alta	
<input type="checkbox"/> Alergias a gatos, polen, etc		<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Muerte infantil	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón	
<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	
<input type="checkbox"/> Cáncer/ Leucemia		<input type="checkbox"/> Enfermedades mentales	
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Convulsiones/ epilepsia	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme/ sickle	
<input type="checkbox"/> Problemas de vista/ ceguera		<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel, eczema	
<input type="checkbox"/> Perdida de audicion/ oidos		<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroide	
<input type="checkbox"/> Migranas o dolores de cabeza		<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Atáques cardiacos antes de los 55 años		<input type="checkbox"/> Bajo o sobre peso	

Por favor anote cualquier otra condición que exista en su familia:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EXPEDIENTE # _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE



POR FAVOR MARQUE EL CUADRO SOLO SI SU HIJO/ HIJA TIENE LO SIGUIENTE:

<input type="checkbox"/>	ADD/ ADHD	<input type="checkbox"/>	Diabetis	<input type="checkbox"/>	Dolor o problemas con:
<input type="checkbox"/>	SIDA/ AIDS/ HIV	<input type="checkbox"/>	Rozaduras persistentes	<input type="checkbox"/>	Brazos
<input type="checkbox"/>	Alergias a gatos, polen, etc	<input type="checkbox"/>	Diarrea persistente	<input type="checkbox"/>	Espalda
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Secreción del pene	<input type="checkbox"/>	Rodillas
<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	Secreción vaginal	<input type="checkbox"/>	Piernas
<input type="checkbox"/>	Falta de apetito	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas	<input type="checkbox"/>	Salpullidos frecuentes
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído, mas de 3	<input type="checkbox"/>	Reflujo estomacal
<input type="checkbox"/>	Orinar la cama, mayor de 4	<input type="checkbox"/>	Estrabismo (ojos bizcos)	<input type="checkbox"/>	Problemas escolares
<input type="checkbox"/>	Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	Desmayos, mareos	<input type="checkbox"/>	Problemas de postura
<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	Desmayo al hacer ejercicios	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/ epilepsia
<input type="checkbox"/>	Infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>	Condiciones hereditarias	<input type="checkbox"/>	Infección sexual
<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Migranas/ dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Anemia Falciforme/ sickle
<input type="checkbox"/>	Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/>	Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	Sinusitis frecuente
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Soplos en el corazón	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel, eczema
<input type="checkbox"/>	Huesos rotos	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	Paros respiratorios al dormir
<input type="checkbox"/>	Bronquitis, bronquiolitis	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Problemas durmiendo
<input type="checkbox"/>	Moretones en la piel	<input type="checkbox"/>	Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/>	Ronca severamente
<input type="checkbox"/>	Bulimia	<input type="checkbox"/>	Comezón	<input type="checkbox"/>	Problemas del habla
<input type="checkbox"/>	Cancer/ leucemia	<input type="checkbox"/>	Infecciones del riñón	<input type="checkbox"/>	Dolores de estomago
<input type="checkbox"/>	Dolor del pecho	<input type="checkbox"/>	Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	Problemas con la tiroide
<input type="checkbox"/>	Varicella, edad:	<input type="checkbox"/>	Problemas menstruales	<input type="checkbox"/>	Cansancio
<input type="checkbox"/>	Problemas de coordinación	<input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>	Infección de las anginas
<input type="checkbox"/>	Congestión persistente	<input type="checkbox"/>	Cambio de lunares	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis, PPD+
<input type="checkbox"/>	Extremimiento, frecuente	<input type="checkbox"/>	Respirar por la boca, persistente	<input type="checkbox"/>	Perdida o bajo peso
<input type="checkbox"/>	Tose la mayoría de las noches	<input type="checkbox"/>	Sangrados Nasales, mas de 3	<input type="checkbox"/>	Problemas de vista
<input type="checkbox"/>	Tose al hacer ejercicios	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso / obesidad	<input type="checkbox"/>	Vomitos frecuentes
<input type="checkbox"/>	Depresión / tristeza	<input type="checkbox"/>	Pulmonía/ Neumonía, 2 veces o más	<input type="checkbox"/>	Sibilancia al respirar

Por favor anote cualquier pregunta que tenga acerca de su hijo/ hija:

Tiene usted una tarjeta con las vacunas de su hijo/ hija?	Si	No				
Fue su niño/nina prematuro por mas de 2 semanas?	Si	No				
Hubo alguna complicación con el embarazo, el parto o al nacer?						
Quien fuma:	Mama	Papa	Madrastra	Padrastra	Abuelos	
	Hermano	Hermana	NADIE	Otro:		
Mascotas:	Ninguna	Perro	Gato	Pescado	Reptiles	Otro:
Su hijo/ hija usa:	Silla de carro mirando para detras		Silla de carro mirando para delante			
	Booster	Cinturones de seguridad		Nada		

