

Fecha: _____

Los pacientes Nombre : _____ Fecha de nacimiento : _____

Los padres/guardianes Nombre(s) : _____

Alergias: (medicamentos, ambientales, alimentos)

Medicación actual: (prescritos, en el mostrador, y Herbal)

La historia del nacimiento: (sólo rellenar en caso de menores de 5 años)

Peso al nacer _____ # semanas en la entrega _____ parto vaginal o cesárea

Cualquier nacimiento o complicaciones en el parto: _____

Antecedentes:	sí	o	no	detalles:
Asma				
La bronquiolitis	X		X	_____
Las infecciones del tracto respiratorio superior	X		X	_____
Enfermedad reactiva de la vía aérea	X		X	_____
La Bronquitis	X		X	_____
Infecciones de oído	X		X	_____
Neumonía	X		X	_____
Las infecciones de los senos paranasales	X		X	_____
Los estafilococos/MRSA	X		X	_____
Infecciones del tracto urinario	X		X	_____
Los problemas de salud mental	X		X	_____
ADD/ADHD	X		X	_____
Retraso del desarrollo	X		X	_____
Obesidad	X		X	_____
Convulsiones	X		X	_____
Eccema	X		X	_____
Los huesos rotos	X		X	_____
GERD	X		X	_____
Inmunizaciones perdidas	X		X	_____
Defecto de nacimiento	X		X	_____
Ictericia	X		X	_____
Los problemas de audición	X		X	_____
Problemas de visión	X		X	_____
Soplo cardíaco	X		X	_____
Pasado concusión	X		X	_____
La pérdida de conciencia	X		X	_____
De la noche a la mañana en el Hospital	X		X	_____
Otros: _____				_____

Historia quirúrgica :	sí	o	no	detalles:
La amigdalectomía y adenoidectomía	X		X	_____
Los tubos para los oídos	X		X	_____
La apendicectomía	X		X	_____
La cirugía ósea				
Otros: _____				_____

Antecedentes familiares :

MGM= abuela materna
PGM= abuela paterna

MGF= abuelo materno
PGF= abuelo paterno

	Mama	Papa	Hermano	Hermana	PGM	PGF	MGF	MGM	Detalles:
Asma	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Enfermedad cardíaca	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Ataque al corazón	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Traza	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Cáncer	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Problemas de tiroides	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Problemas renales	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Diabetes	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Obesidad	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Anomalías genéticas	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Abuso de drogas o alcohol	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Los problemas de salud	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Convulsiones	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
La anemia	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Trastornos de sangrado	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Tuberculosis	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Hepatitis	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Problemas con la audición	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Problemas con la visión	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Las alergias nasales	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Trastornos del sistema inmune	x	x	x	x	x	x	x	x	_____
Otros:	_____								

Historia Social:

sí o no

detalles:

Aprobado	x	x	_____
Los padres divorciados	x	x	_____
Actualmente en Daycare	x	x	_____

Su hijo está en grado de _____ cualquier problema _____

Que vive en su hogar r relacion

Relación de persona

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Existen otras preocupaciones acerca de la salud de su hijo: _____