



Patient Label
 Name: _____
 DOB: _____
 M#: _____

Historia de salud pediátrico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de cabecera: _____

Dentista: _____ Última consulta dental: _____

Apunte todos los medicamentos, vitaminas y medicamentos de venta libre que toma:

Medicamento	Dosis	Frecuencia con la que lo toma

Por favor apunte cualquier alergia y su reacción:

Alergia	Reacción

Farmacia preferida:

1^{ra} elección: _____

2^{da} elección: _____

Historial social:

El paciente reside con	¿Alguien en la casa consume tabaco?
Principalmente: _____	Sí No
Secundariamente: _____	

¿Quién cuida al niño(a) (señale todos los que aplican)?					
	Madre	Padre	Abuelos	Guardería	Nana
#días por semana					

Por favor complete la parte de atrás

Por favor dibuja un círculo alrededor de sus respuestas a las preguntas abajo:

¿Usa casco para bicicleta/patines? S o N	¿Armas de fuego en la casa? S o N	Tipo de agua: Ciudad Pozo	¿Casa construida antes de 1978? S o N		
Estatus civil de los padres					
Casado	Divorciado	Unión libre	Viudo	Soltero	Vuelto a casar

Tipo de restricción vehicular

Asiento de auto mirando hacia atrás Asiento de auto mirando hacia adelante Silla Cinturón de seguridad Ninguno

Educación: Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Tu hijo está (seleccione una) Al nivel adecuado Por debajo del nivel del grupo Por encima del nivel del grupo

Historial médico/quirúrgico: Por favor apunte todo el historial médico y en qué año ocurrió.

Diagnostico médico	Año	Comentarios
Cirugía	Año	Comentarios

Antecedentes familiares:

Apunte abuelos, madre, padre, hermanas y hermanos:

Alcoholismo
Enfermedad de Alzheimer
Trastornos de sangrado
Coágulos de sangre
Cáncer/Tipo
Depresión, Bi-Polar
Diabetes
Ataque de corazón/Enfermedad cardiaca
Colesterol alto
Presión alta
Otros trastornos mentales
Otros abusos de sustancias
Embolia
Tiroides
Vivo y saludable

Gracias por tomar el tiempo de llenar esta forma.