PATIENT ACCOUNT #:_____

Pediatric Medical Group

TODAY'S DATE:_____ ENTERED BY:_____ **Historial Medico**

HISTORIAL MEDICO

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) COMO APARECE EN LA ASEGURANZA

SEXO	EDAD FECHA DE NACIMIENTO	
☐ HOMBRE ☐ MUJER	/ /	

NOBRE DE LA MADRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) NOMBRE DEL PADRE (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)

HISTORIA MEDICA FAMILIAR (OPRIMA NO O MARQUE QUES SI Y MARGUE RELACION CON EL PACIENTE)

NO	YES -	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Otro
_____	Artritis	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Asma /Fiebre de Heno	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Cancer	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Dependencia Quimica	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Convulsion / Epilepcia	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Diabetes	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Enfermedades Del Corazon	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Hemofilia	_____	_____	_____	_____	_____

NO	YES -	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Otro
_____	Alta Presion Arterial	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Enfermedad de los Rinones	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Desordenes Mentales	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Migrana	_____	_____	_____	_____	_____
_____	Tuberculosis	_____	_____	_____	_____	_____

Otro (explicar): _____

INFORMACION SOBRE EL NACIMIENTO

HOSPITAL	OBSTETRICO

TIPO DE PARTO	COMPLICACIONES
Vaginal____ Cesarea ____	

PESO AL NACER	ESTATURA AL NACER	TUVO EL BEBE ALGUN PROBLEMA INMEDIATAMENTE O AL MOMENTO DE NACER?

ANOTE LA EDAD CUANDO EL NIÑO POR PRIMERA VEZ:

Sostuvo la Cabeza Levantada _____ Se Rio o Hizo Gorgoritos _____Se Sento _____ Primera Palabra _____

Aprendio A Ir Al Bano _____ Camino_____

INFORMACION SOBRE LA SALUD

ESTA SU NIÑO/NIÑA RECIBIENDO MEDICAMENTO? ☐ **NO** ☐ **SI** : POR FAVOR ANOTE LOS MEDICAMENTOS, SUBSTANCIAS O YERBAS SUPLEMENTALES:

HA SIDO SU NIÑO/NIÑA HOSPITALIZADO RECIENTEMENTE ? ☐ **NO** ☐ **SI**

Fecha:_____ Hospital:_____ Razon:_____

SU NIÑO/NIÑA TIENE ALERGIAS ? SI RESPONDE SI, POR FAVOR DE ANOTAR QUE TIPO DE ALERGIAS ☐ **NO** ☐ **SI**

ANOTE LAS ALERGIAS:_____

HA TENIDO EL NIÑO/NIÑA ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS ? **(MARQUE SI O NO)**:

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
_____	_____	Anemia	_____	_____	Diabetes	_____	_____	Mononucleosis
_____	_____	Asma	_____	_____	Abuso de Alcohol/Drogas	_____	_____	Paperas
_____	_____	Orinarse en la Cama	_____	_____	Infecciones en el oido	_____	_____	Neumonia
_____	_____	Defecto al Nacer	_____	_____	Epilepsia	_____	_____	Fiebre Reumatica
_____	_____	Problema de Vejiga	_____	_____	Desmayos	_____	_____	Sinusitis
_____	_____	Sangrado Excesivo	_____	_____	Problemas Auditivos	_____	_____	Problemas de Habla
_____	_____	Cancer	_____	_____	Problemas al Corazon	_____	_____	Enfermedad de la Tiroides
_____	_____	Paralisis/Cerebral	_____	_____	Hepatitis	_____	_____	Tuberculosis
_____	_____	Varicela	_____	_____	Enfermedad a los Rinones	_____	_____	Enfermedades Urinarias
_____	_____	Constipacion, Diarrea	_____	_____	Envenenamiento por Plomo	_____	_____	Problema de Vision
_____	_____	Convulsiones	_____	_____	Enfermedad del Higado	_____	_____	Otro