

NUEVA historia médica del paciente – 6 meses de edad y sobre

Dawson Pediatría 706-216-2771 Fax: 706-216-2944

ESTE formulario debe ser completado y devuelto antes de visitar 1ST

REQUERIMOS REGISTROS DE VACUNACIÓN ANTES DE QUE NOSOTROS PODEMOS ADMINISTRAR CUALQUIER VACUNAS

Lo siguiente es **muy importante** para la salud de su hijo. Por favor completarla de **forma precisa y completa**.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

¿Dónde nació su hijo? ¿_____ Es hijo adoptado o fomentado? Y _____ N _____

HISTORIA DE NACIMIENTO			
¿Peso al nacer: libras onzas parto Vaginal? ¿Cesárea?			
Era el bebé: término (círculo uno) temprano hasta tarde			
Si es temprano, ¿cuántas semanas de gestación.			
¿El bebé tenía algún derecho de problemas después del nacimiento?			
¿Madre tiene problemas con el embarazo?			
HISTORIA DEL DESARROLLO	No	Sí	En caso afirmativo - explicar
¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo?			
¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo?			
¿Cómo es el comportamiento de su hijo en la escuela?			
¿Qué tipo de notas hace en materias académicas?			
¿Está en una clase especial o un recurso?			
¿Cuándo su niño: siéntate mos meses gateo meses a pie.			
PACIENTES ALERGIAS	No	Sí	Si contesto Si- explique
Este niño no tiene alguna alergia a medicamentos conocidos			
Si usted contestó Si - es su hijo alérgico a:			
Penicilina (amoxicilina, Augmentin)			
Cefalosporinas (Omnicef, Keflex, Rocephin, Suprax)			
Sulfa (Bactrim/Septra)			
Zithromax/eritromicina			
¿Otros antibióticos o medicamentos? Póngale nombre:			Reacción:
Cacahuets u otras nueces – dar nombre o Grupo:			Reacción:
Leche			
Huevos			
Pescados y mariscos			
Otros alimentos – dar nombre aquí:			Reacción:
Las abejas / avispas			
Alérgenos interiores (mascotas, moldes, polvo)			
Alergenos exteriores (árboles, hierbas, polen)			
Látex			
Otras alergias:			Nombre:
HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE	No	Sí	
¿Paciente vive con la madre y padre en la misma casa?			
Non-intacto-Inicio - explica estado custodia.			Vive con:
¿Padre sin custodia tiene derechos de visita?			
¿Hay hermanos?			¿Vive en casa?
¿Hay mascotas en el hogar?			

¿Hay fumadores en el hogar?			
¿Hay armas en el hogar?			
¿Son armas bloqueadas y separadas de munición?			
PACIENTE - ANTECEDENTES MÉDICOS	No	Sí	Si es así, explique
Los accidentes graves o lesiones			
Cirugías			
Hospitalizaciones			
Varicela			¿A qué edad:
Infecciones frecuentes del oído o infecciones sinusales			
Frecuentes dolores de garganta o amigdalitis			
Otras enfermedades de la infección			
Rinitis alérgica u otras alergias			
Asma, bronquitis, bronquiolitis, neumonía o crup			
Problemas de corazón o soplo cardíaco			
Dolor abdominal/reflujo			
Visitas al médico que requieren estreñimiento			
Infección de la vejiga o los riñones u otros problemas urológicos			
Enuresis (después de 5 años)			
Condiciones del ojo / usar lentes correctivos			
Problemas con los oídos o audición			
Problemas de la piel crónica o recurrente / acné			
Anemia o hemorragia			
Más allá de la transfusión de sangre			
Frecuentes dolores de cabeza			
¿Convulsiones, convulsiones o las últimas conmociones cerebrales?			
Problemas de salud mental			
Las convulsiones, retraso en el desarrollo, ADD/ADHD u otros trastornos neurológicos			
Problemas ortopédicos			
Diabetes			
Tiroides, diabetes u otros problemas endocrinos			
¿Si es mujer, han empezado los períodos menstruales?			
¿Si es mujer, cualquier problema con los períodos?			
Uso de alcohol o drogas			
Problemas de salud mental o emocional			
Otras cuestiones importantes:			
Medicamentos actuales y dosificación: (incluir cualquiera sobre el mostrador, hierbas o suplementos)			

¿Su niño ve a cualquier especialista? Si es así, ¿quién y dónde?

En esta historia médica **familiar** – si Ud. responde **Sí** – por favor chequear que **Biológica relativa** tiene la condición Madre, padre, hermano, abuela materna, abuelo materno, abuela paterna, abuelo paterno. Lista o explicar condiciones si es posible.

FAMILIA – ANTECEDENTES MÉDICOS	NO	Si	Si Sí , por favor compruebe que pariente biológico						
			Mamá	Papá	Sib	Maternal gr Mth	Maternal gr Fth	Paternal gr Mth	Paternal gr Fth
Otras alergias o las alergias nasales									
Enfermedad pulmonar asma									
Cardiopatía o enfermedad cardíaca									
Presión arterial alta									
Colesterol alto									
Diabetes u otros problemas endocrinos									
Cáncer-qué tipo?									
Anemia									
Trastornos de la coagulación									
Epilepsia o convulsiones									
Retraso mental o trastornos del desarrollo									
Trastorno neurológico incluyendo ADHD/ADD									
Enfermedad del hígado									
Otra enfermedad GI trastorno									
Enfermedad del riñón									
Enuresis (después de 10 años)									
Deficiencia auditiva									
Trastorno deterioro u ojo de visión									
Problemas inmunitarios, infecciones recurrentes o VIH-SIDA									
Abuso de alcohol									
Abuso de drogas									
Enfermedad mental									
Tuberculosis									
Otras cuestiones:									

¿Hay algo más en cuanto a la salud de su hijo que crees que deberíamos saber que ya no ha sido pedida?

REQUERIMOS REGISTROS DE VACUNACIÓN ANTES DE QUE PODAMOS ADMINISTRAR NINGUNA VACUNA. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y DEVUELTO ANTES DE LA VISITA 1.

Atestiguo que toda la información del historial médico es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento:

Firma _____

Relacion de paciente

_____/_____/_____
Fecha

Imprimir Nombre _____