

NUEVA historia clínica paciente – recién nacido a 6 meses

DAWSON PEDIATRÍA PHONE: 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 PODAMOS ADMINISTRAR NINGUNA VACUNA

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? N___ Y___

¿Su hijo **nunca** ha sido visto previamente por cualquiera de los médicos **en esta práctica**? N___ Y___

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.

[illegible]

HISTORIA SOCIAL	No	Sí		
Vive con la madre y padre en la misma casa				
Non-intacto-Inicio - dar custodia status			Vive con:	
¿Padre sin custodia tiene derechos de visita?				
¿Hay hermanos?			¿Vive en casa?	
¿Hay mascotas en el hogar?				
¿Hay armas en el hogar?				
¿Son armas bloqueadas y separadas de munición?				
Otras cuestiones:				

Peso: _____ lb _____ oz nacimiento longitud: _____ pulgadas cabeza Cir _____ Pecho _____			
Historia de recién nacida– mientras que en el hospital	No	Sí	En caso afirmativo - explicar
Resucitación (necesitaba ayuda para iniciar la entrega respiración/lorando)			
Niño prematuro			
No consiguió la vitamina K y / o profilaxis ocular			
Alimentación: La leche materna o fórmula. ¿O ambos?			Fórmula tipo:
Hipoglucemia (azúcar bajo en sangre)			
Hipotermia (baja temperatura)			
Sepsia proyección laboratorio (para verificar la infección)			
Bilirrubina elevada (ictericia)			
Circuncisión			
Paso retrasada del primer movimiento del intestino			
Soplo cardíaco			
Problemas respiratorios			
Oxígeno necesaria o ayuda de respiración			
Antibióticos necesarios mientras en vivero			
Apnea (paro respiratorio)			
Necesitaba la cabeza ultrasonido			
Necesita examen oftalmológico (ojo)			
¿HEPATITIS B fue dada en el Hospital?			
Se realizó audiencia recién nacidos en el Hospital			Pasar o no pasó
Otras cuestiones:			
HISTORIA PRENATAL DE LAS MADRES	No	Sí	En caso afirmativo - explicar
Esto fue una concepción asistida (debía tener ayuda ¿embarazarse)?			
¿Esto fue un embarazo de riesgo elevado?			

¿Tuviste Amniocentesis / CVS?			
¿Tienes poco o tardía atención prenatal?			
¿Usó alcohol o tabaco durante el embarazo?			
¿Ha usado drogas sin receta mientras está embarazada?			
¿Hubo algún problema con tu salud materna?			
¿Hubo algún problema con el bebé antes de que nazca?			
¿Rompió más de 24 horas antes de la entrega?			
¿Tienes los antibióticos u otros medicamentos ¿durante el parto?			
¿Su trabajo fue inducido (iniciado por medicamentos)?			
¿Fue este parto vaginal o por cesárea?			
Hubo meconio (deposiciones verde) ¿presente cuando se rompió el agua?			
Es madre al día sobre la Vacuna TDAP			
Otras cuestiones:			

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

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

Firma: _____ **Relación al paciente:** _____

Nombre en imprenta: _____ **Fecha de hoy:** ____ / ____ / ____