

HISTORIA MÉDICA



Nombre de Paciente: _____

Dirección: _____
CodigoPostal: _____

Teléfono #: _____
Correo Electrónico: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Actualizaciones Médicas: _____

Nombre de su Pediatra: _____ Fecha último examen: _____

de Teléfono : _____

Dirección: _____

¿Esta su hijo/a actualmente bajo el cuidado de un médico? S / N
(si su respuesta fue si, explique) _____

¿Actualmente está su hijo/a tomando algún medicamento? S / N
(si su respuesta fue si, explique) _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado o sometido a cirugía? S / N
(si su respuesta fue si, explique) _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, u otro? S / N
(si su respuesta fue si, explique) _____

¿Su hijo/a tiene un historial de alguna de las siguientes?

- | | | | |
|-------------------------------|---|----------------------------|---|
| Problemas del Corazón o soplo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Epilepsia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Asthma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Sordera | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Nacimiento Prematuro | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Anemia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Autismo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Otros | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Otros, por favor explique: | |
| Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | _____ | |
| DEL VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | _____ | |

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____