



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos

Liste todas las medicinas que su niño/a toma, de prescripción o sin receta, y su dosis:

No medicamentos

Medicamento	Dosis
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Alergias a medicamentos

A tenido su hijo/hija alguna reacción alérgica a algunos medicamentos, alimentos o alguna picadura de insectos? No Si
 Por favor díganos a que:

Información del Paciente y La Madre del Paciente

Qué edad tenía usted al nacer su niño/niña? _____ Cuantos embarazos ha tenido usted? _____ Cuantos abortos involuntarios? _____
 Cuantos logrados? _____

Tuvo usted alguna enfermedad durante su embarazo? No Si, por favor indique la enfermedad/enfermedades:

Tomo usted algún medicamento durante su embarazo aparte de sus vitaminas y hierro? No Si, por favor indique que clase medicamentostomo: _____

De cuantas semanas o meses fue su embarazo? _____ Fue por medio de cesárea o vaginal? _____

Cuanto peso su niño al nacer? _____ Tuvo el niño/niña alguna dificultad para comenzar a respirar al nacer? No Si

Tuvo el niño alguna complicación médica al nacer o mientras estuvo en el hospital?(nació el niño/niña con ictericia, alguna clase de infección o algún otro problema médico)? No Si, por favor indique el problema:

Historial Medico

A donde ha ido su niño/niña para hacerse sus chequeos generales antes de venir a Pediplace? _____

Ha estado su niño/nina alguna vez en el hospital o a tenido algun tipo de cirugía No Si, que ano y cuál fue la razón? _____

Tiene una farmacia preferible? Farmacia _____ Numero de tel: _____

Dirección: _____

Por favor indique si su niño/niña ha experimentado alguna de las siguientes enfermedades y si la respuesta es si por favor incluya las fechas cuando tuvo estas enfermedades.

<input type="checkbox"/> Alergia	____/____/____	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II	____/____/____	<input type="checkbox"/> Insomnia	____/____/____
<input type="checkbox"/> Anemia	____/____/____	<input type="checkbox"/> Diarrea	____/____/____	<input type="checkbox"/> Síndrome irritable de intestinos	____/____/____
<input type="checkbox"/> Ansiedad	____/____/____	<input type="checkbox"/> Reflujo esofágico	____/____/____	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad renal	____/____/____
<input type="checkbox"/> Asthma	____/____/____	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	____/____/____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	____/____/____
<input type="checkbox"/> Huesos quebrado	____/____/____	<input type="checkbox"/> Otro enfermedad cardiaca	____/____/____	<input type="checkbox"/> Problemas del piel	____/____/____
<input type="checkbox"/> Bronchitis Crónica	____/____/____	<input type="checkbox"/> Hepatitis	____/____/____	<input type="checkbox"/> Migrañas	____/____/____
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	____/____/____	<input type="checkbox"/> Colesterol alta	____/____/____	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia	____/____/____
<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	____/____/____	<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular corazón	____/____/____	<input type="checkbox"/> Síndrome de apnea obstructiva del sueno	____/____/____
<input type="checkbox"/> Colitis	____/____/____	<input type="checkbox"/> Hipertensión	____/____/____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	____/____/____
<input type="checkbox"/> Depression	____/____/____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	____/____/____	<input type="checkbox"/> Otro	____/____/____
<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I	____/____/____	<input type="checkbox"/> Infecciones del oído	____/____/____		
<input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo	____/____/____				

Historial Medico Familiar

Por favor indique las enfermedades que los padres, los abuelos, hermanos, hermanas, tías, tíos de este niño han tenido o tienen.

Adoptado o Foster

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Alcohólisto	<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Problemas con drogas ilegales	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/> Deficiencia de audición	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca antes de la edad 50	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria de intestinos	<input type="checkbox"/> Otro:
Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	

Por favor indique el sexo y edad de los hermanos o hermanas del paciente incluyendo alguna información general de salud: _____

Historia Personal del Paciente

En que grado escolar esta su hijo/hija? _____ A que escuela va? _____

Usted y su familia viven en casa privada, apartamento, casa mobil? _____

Alguien en su familia fuma? No Si : Adentro o afuera de tu casa o carro? _____

Tienen detectores de humo en su casa, apartamento o casa mobil que estén funcionando? No Si

Tienen algún problema con la condición de tu casa, apartamento o casa mobil?(La pintura pelando, insectos, etc.) No Si

Cuando usted lleva a sus niños algún lado en su automóvil, usan ellos el cinturón de seguridad o el porta beba? No Si

Cuando su niño maneja la bicicleta, usa el/ella el casco de protección en su cabeza? No Si

Yo certifico que esta información es correcta

Imprima su nombre _____

Firma _____

Fecha _____