

NOMBRE (NAME) _____

FECHA DE NACIMIENTO (DOB) ____/____/____

SOBRENOMBRE O ALIAS (aka) _____

FECHA DE HOY (DATE) _____

HISTORIA DE NACIMIENTO (BIRTH HISTORY)

¿Donde nació? (Place of Birth) _____

Peso al nacer (Birth Weight) _____

Problemas al nacer (Problems at Birth) No / Sí

¿Cuántos días quedó en el hospital? (Number of days in the hospital) # _____

¿Prematuro(a)? (Premature?) No / Sí

¿Si nació prematuro(a), cuántos días prematuro(a)? (If so, how much?) # _____

HISTORIA MÉDICA (MEDICAL HISTORY)

Hospitalizaciones (Hospitalizations) No / Sí

- Razón (Why) _____
Fecha (When) _____
Donde (Where) _____
- Razón (Why) _____
Fecha (When) _____
Donde (Where) _____

Cirugías (Surgeries) No / Sí

- Tipo de cirugía (Type of surgery) _____
Fecha (When) _____
Donde (Where) _____
- Tipo de cirugía (Type of surgery) _____
Fecha (When) _____
Donde (Where) _____

Alergias a medicinas (Allergies to Medications) No / Sí

Medicina (Medication)	Reacción (Reaction)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias al ambiente natural o comidas

(Environment/Food Allergies) No / Sí

Alergia (Allergy)	Reacción (Reaction)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Condiciones de salud (Health Conditions)

Fecha de diagnosis/Nombre de especialista

- Asma (Asthma) _____
- Sibilancia (Wheezing) _____
- Neumonía (Pneumonia) _____
- Infección de oídos (Ear Infections) _____

Problemas de oídos, nariz, garganta (ENT Disorders) _____

Problemas con oír (Hearing Problems) _____

Problemas con la visión (Vision Problems) _____

Problemas gastrointestinales (Gastrointestinal Disorder) _____

Infección de vejiga/orina (Bladder/Urine Infections) _____

Fracturas de hueso (Fractures) _____

Problemas de conducta/comportamiento (Behavior Problems) _____

Preocupación de desarrollo (Developmental Concerns) _____

Otra condición (Other) _____

NAME _____

MRN _____



MEDICAMENTOS (MEDICATIONS): Recetados, sin receta, hierbas, vitaminas. Prescribed, over-the-counter, vitamins, herbs)

MEDICAMENTO	DOSIS	VECES AL DÍA

VACUNAS (IMMUNIZATION HISTORY)

Antes de su cita, por favor de traer una copia del record de vacunas para su niño(a). Si no tiene una copia de las vacunas, por favor de llamar a nuestra oficina para que podemos ayudarle en obtener una copia. Si esto no es posible, a la hora de su cita puede firmar una autorización para que podemos obtener este record de su doctor previo. Por favor de traer el nombre, teléfono, dirección de correo postal del doctor o grupo médico.

¿Su niño(a) se ha visto con otro doctor o grupo médico de lo cual debemos pedir el record médico? (Has your child been seen by any other healthcare provider from whom we should request records?) ¿Quién? _____

HISTORIA DEL EMBARAZO (MOTHER'S PREGNANCY HISTORY)

Cuidado prenatal (Prenatal Care) No / Sí Donde/Nombre del doctor o clínica _____

¿Tuvo problemas médicos durante su embarazo? (Any medical problems during your pregnancy?) No / Sí

¿Cuales problemas? (If so, please list): _____

Notar abajo los medicamentos que tomó durante su embarazo como fueron recetados por su doctor. Incluye vitaminas, hierbas, y remedios caseros. (List medications taken during pregnancy, both for the pregnancy and routine as prescribed by your doctor. Include vitamins, herbs, and home remedies.)

MEDICAMENTO	DOSIS	VECES AL DÍA

¿Fumó durante su embarazo? (Tobacco Use During Pregnancy): No / Sí

¿Cuantos cigarillos al día? (How many cigarettes per day?) _____

¿Otro tipo de producto con tabaco? (Other type of tobacco product?) No / Sí _____

¿Tomó bebidas alcohólicas durante su embarazo? (Alcohol Intake During Pregnancy): No / Sí

¿Cuantas bebidas a la semana? (Drinks/wk) _____

¿Es el alcohol una preocupación para usted/otros? (Is alcohol a concern for you/others?) No / Sí

¿Usó drogas ilegales durante su embarazo? (Drug Use During Pregnancy): No / Sí

¿Que tipo? (What Kind?) _____

NAME _____

MRN _____



HISTORIA DE FAMILIA DE SU NIÑO(A) (FAMILY HISTORY OF CHILD)

HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA <i>Marcar las condiciones que aplican</i>	Enfermedad Mental	Alcohol	Cáncer de seno	Cáncer del colon	Cáncer en la próstata o uterino	Cáncer en los pulmones	Diabetes	Alta Presión	Alto Colesterol	Causa de muerte	Otra Enfermedad
Padre (Father)											
Madre (Mother)											
Abuelo Materno (Maternal Grandfather)											
Abuela Materna (Maternal Grandmother)											
Abuelo Paterno (Paternal Grandfather)											
Abuela Paterna (Paternal Grandmother)											
Hermanos (Brothers)											
1.											
2.											
3.											
Hermanas (Sisters)											
1.											
2.											
3.											

¿Su niño(a) pasa tiempo con un pariente que no vive con usted? No / Sí

(Does your child spend time with a parent that is not living in the household?)

Por favor explica (Please explain): _____

Por favor de notar todas las personas viviendo en la casa con us niño(a). (Please list all individuals living in the home.)

¿Tiene usted algún preocupación o pregunta hoy? (Do you have any concerns today?)

NAME _____

MRN _____

