

Providence Medical Group-  
Scholls Pediatrics  
12442 SW Scholls Ferry Road  
Tigard, Oregon 97223  
Teléfono: 503 216-9140

## Bienvenido a Scholls Pediatrics de PMG

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Nombre de preferencia (si no coincide): \_\_\_\_\_

*¡Bienvenido a Scholls Pediatrics de PMG! Usted está aquí porque la salud de su familia es lo más importante para usted y también lo es para nosotros. Gracias por completar este formulario para pacientes nuevos para que juntos podamos brindarle una atención médica de máxima calidad y la mejor experiencia para usted y su familia.*

¿Cuál es el problema **más importante** que debemos atender en la visita de hoy?

---

---

Para una próxima visita o si tiene tiempo hoy, ¿qué otras preocupaciones tiene?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

¿En el día de hoy necesita **reponer algún medicamento, una remisión, completar un formulario o una carta para la escuela?**  Sí  No

**ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO** – (si corresponde)

Talla al nacer: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Perímetro cefálico al nacer: \_\_\_\_\_

Peso al alta: \_\_\_\_\_

Edad gestacional: \_\_\_\_\_

Método de parto: \_\_\_\_\_

Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_

Método de alimentación: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS** – si corresponde

TDA/TDAH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otitis media <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eczema <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sobredosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neumonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Retraso en el crecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prematuridad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno hemorrágico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ERGE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema con la anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis recurrente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diarrea crónica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escoliosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de coagulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad inflamatoria intestinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Faringitis estreptocócica (recurrente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	IVU <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Meningitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Varicela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno metabólico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Obesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Otro?		

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS** – si corresponde

Adenoidectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reparación de fístula traqueoesofágica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apendectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia inguinal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de testículos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colecistectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de rodilla <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tubos de timpanostomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Biopsia de ganglio linfático <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Traqueotomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugía de fractura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cirugía de columna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia umbilical <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Funduplicatura <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalectomía y adenoidectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derivación VP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sonda de gastrostomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Otro?		







## ANTECEDENTES SOCIALES

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

¿El niño tiene hermanos?  Sí  No

¿El niño está en un hogar de acogida?  Sí  No

¿A qué se dedican los padres o cuidadores principales del paciente? \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene otro cuidador? \_\_\_\_\_

¿El niño asiste a fisioterapia?  Sí  No

¿El niño asiste a terapia ocupacional?  Sí  No

¿El niño asiste a terapia de salud conductual?  Sí  No

¿El niño asiste a terapia del habla?  Sí  No

¿El niño usa la sala de recursos de la escuela?  Sí  No

¿El niño está expuesto a animales en el hogar o mientras se encuentra con el cuidador?  Sí  No

¿Qué tipo de mascota? \_\_\_\_\_

¿El niño está expuesto a alguien que fuma o vapea?  Sí  No

¿Cuál es el idioma principal? \_\_\_\_\_

¿A qué escuela asiste el niño? \_\_\_\_\_

¿En qué grado está? \_\_\_\_\_

¿El niño participa en un Programa de Educación Individualizada (IEP) o tiene otras adaptaciones para la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***¡Gracias por completar su formulario para pacientes nuevos!***