

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 FAMILIARES

			Sin problemas conocidos	Alergias	Anemia	Artritis	Asma	Trastorno por déficit de atención	Autismo	Trastorno por déficit de atención	Defectos autoinmune	Problemas congénitos	Aneurisma desangrado	Cáncer	Trastorno cerebral	Trastorno de coagulación	Fibrosis quística	Trastorno del desarrollo	Diabetes	Muerte temprana	Eczema	Dolor de cabeza	Pérdida auditiva
Relación	Nombre	Vive																					
Madre																							
Padre																							
Hermana																							
Hermano																							
Tía materna																							
Tío materno																							
Tía paterna																							
Tío paterno																							
Abuela materna																							
Abuelo materno																							
Abuela paterna																							
Abuelo paterno																							
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!