



HISTORIAL MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____ Género: Femenino Masculino

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Raza _____
 Mes / Día / Año

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor nombre a todos en su hogar:

	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Ocupación	Educación
Padre					
Madre					
Otro					
Otro					
Otro					

Ha habido cambios o lesiones mayores en la vida del paciente? No Si

Si es Si, explique:

Asiste el paciente a una niñera, preescolar, o guardería regularmente? No Si

HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso al Nacer: _____ Cuanto midió: _____ Lugar de nacimiento: _____

Durante el embarazo, visito al doctor regularmente? No Si

Durante el embarazo la madre: (Si es Si, explique)		Explicación
Sufrió de algún problema médico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Fumaba o ingería bebidas alcoholicas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Tomo medicinas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Ingería bebidas alcoholicas o drogas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Tuvo problemas con el parto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Cuanto tiempo estuvo el bebe en el hospital después del nacimiento?		

HISTORIAL MÉDICO

Como es la salud general del paciente:	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
Sufre el paciente de alergias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Esta el paciente tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Por favor indique cualquier hospitalización, operación, enfermedad o accidente serios con las fechas:

Ha sufrido el paciente alguno de los siguientes problemas. Si es si, por favor explique:		
Ojos/Visión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Pies	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Digestión/Nutrición	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Oídos/Escuchar	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Urinarios/Riñones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Coyunturas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Piel	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Pulmones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Dientes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ataques	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Infecciones Repetidas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Ha fallecido alguno de los hermanos del paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es si, indique edad y cause:		
Ha sufrido algún familiar cercano al paciente de alguna de las siguientes enfermedades? Si es Si, por favor indique cual pariente:		
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedades del Riñón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Alergias/Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Problemas Mentales/Emocionales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Célula Falciforme	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ataques	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

DESARROLLO

Tiene alguna preocupación acerca de alguno de los siguientes? Si es si, por favor explique:		
Desarrollo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Comportamiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hábitos de Alimentación	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hábitos para Dormir	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Experiencias Escolares	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hábitos Sanitarios/Uso del baño	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Disciplina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Otro (Explique)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

VACUNAS

Están las vacunas del paciente al corriente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
--	-----------------------------	-----------------------------

Padre o Tutor

Fecha

Reviewed By

Date