



Putting Your Child First

404.255.2033

Nombre _____ Fecha ____ - ____ - ____
Primer nombre Segundo Apellido

Edad _____ Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____ Peso _____

Alergias a Medicamentos: Si No Alergias a alimentos: Si No

Si contesto Si, cuales: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Historia Médica del niño/de la niña:

- Si No ¿El niño/la niña nació a termino? ¿A cuantas semanas? _____ Peso de Nacimiento _____
- Si No ¿El niño/la niña pudo ir a casa con usted cuando salio del hospital? Si no ¿Por qué? _____
- Si No ¿El niño/la niña ha recibido alguna vez una transfusión de sangre?
- Si No ¿Hay alguien en la familia con problemas de hemorragias?
- Si No ¿Su niño/niña ha tenido problemas de sangrado o hemorragias?
- Si No ¿Hay un historial en la familia de problemas con anestesia? Si contesto si, explique: _____
- Si No ¿Hay otro historial de problemas en la familia? (Ej., perdida de audición, apnea del sueno, cáncer, etc.)

Si contesto si, explique: _____

- Si No ¿Hay algún fumador en la casa?
- Si No ¿Su niño/niña alguna vez ha estado hospitalizado? Si, ¿Cuál fue la razón? _____
- Si No ¿Su niño/niña alguna vez tuvo cirugía?

Si contesto si describa: _____

- Si No ¿Tiene su niño/niña las vacunas al dia?

Alguna vez el niño/niña ha tenido los siguientes problemas o ha visto al medico por:

- Si No Convulsiones
- Si No Soplo al corazón
- Si No Problemas de corazón
- Si No Problemas de los Pulmones (asma, fibrosis quistica, otro) _____
- Si No Displasia Broncopulmonar
- Si No Problemas endocrinológicos
- Si No Diabetes/Tiroides
- Si No Problemas de estomago
- Si No Reflujo esofágico
- Si No Enuresis (Orinarse en la cama)
- Si No Problemas en la piel
- Si No Riñones/Problemas de vejiga
- Si No Músculo/Problemas de huesos
- Si No Trastornos Inmunológicos

Algun otro Historial Medico: _____

Historial Social:

- Si No ¿Su niño/niña va a una guardería?
A que edad entro? _____ # de niños en el/la salon/clase _____

Grado Escolar _____

¿Que miembro de la familia vive con el paciente? Madre Padre Padastros

Numero de: Hermanos _____ Hermana _____ Otros _____

RESTABLECER FORMA