

LA ACTUALIZACIÓN FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

¡Recepción a nuestra práctica! La información en este cuestionario es una parte importante del expediente médico de su niño. Por favor conteste a cada pregunta cuidadosamente. Si usted necesita ayuda, pregunte la enfermera o a doctor. Podemos pedir que usted ponga al día esta información periódicamente.

HISTORIAL MÉDICO:

1. Peso del nacimiento del paciente: _____
2. El embarazo duró para llamar por completo o pre-término y/o # de semanas _____
3. Tipo de entrega: Vaginal o C-Sección
4. Edad de la madre a la hora del nacimiento: _____
Número de embarazos _____
Número de entregas _____

HISTORIA MÉDICO DEL BEBÉ:

1. ¿Tenía siempre una infección de la vejiga/del riñón? Si o No (si en qué edad?)
¿Tenía siempre apuros de respiración? Si o No (si en qué edad?)
2. ¿Problemas médicos? Si o No Especifique _____
3. ¿Fracturas, conmociones cerebrales, o lesión seria? Si o No
(Si si, especifique) _____
4. Alergias? Si o No (Si si, especifique) _____
5. Cirugías u Hospitalizaciones de paciente (donde admitieron al paciente al hospital)
Edad: _____ Razón: _____
Edad: _____ Razón: _____
Edad: _____ Razón: _____

Enumere por favor a todos los miembros de la casa y de la relación al paciente:

FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL

1. Madre y Padre: Casado Divorciado Separado Nunca Casado
¿Si los padres viven en diversos hogares, el niño vista el otro padre? Si o No
2. ¿Miembro de la casa fuma? Si o No Adentro o Exteriores
3. Animales en el hogar? Si o No El tipo _____
4. ¿Caliente el hogar con la estufa o la chimenea de madera? Si o No
5. ¿Problemas de la droga o del alcohol en el hogar? Si o No
- 6 ¿Donde hace a paciente atiende a la escuela? _____
7. Étnico del paciente (Circunde todos que puedan aplicarse)
Asian American Indian or Alaskan Native Black or African American
Hispanic Caucasian

