



PEDIATRIC ASSOCIATES

FORMULARIO HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE INFANTIL (12 AÑOS Y MAJOR)

Por favor de completar la información del paciente. **TODO LOS ARTICULOS DEBEN COMPLETARSE.**

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA DE HOY:	
HISTORIAL MEDICO					
Su hijo/a ha tenido una infección de las vías urinarias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, a qué edad?)					
Su hijo/a ha sido su hijo/a diagnosticado con asma o sibilancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, a qué edad?)?					
Su hijo/a ha tenido algún problema médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico):					
Su hijo/a ha tenido alguna fractura, conmoción cerebral o cualquier otra lesión grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico y a qué edad?):					
Su hijo/a tiene algún tipo de alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico):					
Su hijo/a tiene algún especialista? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (Si, cual oficina y quién?)					
Su hijo/a ha recibido terapias ocupacionales, física o de lenguaje)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, sea específico/cual y por qué?)					
Cirugías o hospitalizaciones (en qué hospital fue ingresado su hijo/a?)					
Edad:		Razón:		Edad:	
				Razón:	
HISTORIAL FAMILIAR					
Alguien en su familia a continuación tiene alguna enfermedad/enfermedades crónicas...(como diabetes, ataques al Corazón, depresión, asma, cáncer, tiroides) O cualquiera otra enfermedad que deberíamos saber? Por favor elegir (vivo, fallecido, o saludable)					
Si no puede completar esta parte, explique porque (por favor de elegir uno): <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Otro _____					
Padre: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:					
Madre: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:					
Hermano/Hermana: <input type="checkbox"/> Vivo/a <input type="checkbox"/> Fallecido/a <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo/a Explique:					
Abuelo Paterno: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:					
Abuela Paterna: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:					
Abuelo Materno: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enfermo Explique:					
Abuela Materna: <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Saludable <input type="checkbox"/> Enferma Explique:					
HISTORIAL SOCIAL					
Situación de hogar: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Con un Pariente <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Guardián					
Estado civil de padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudo					
Cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Guardería privada <input type="checkbox"/> Guardería					
Mascotas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Detector de humo de monóxido de carbono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Expuesto a humo de cigarro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si, Por favor de elegir uno) <input type="checkbox"/> Afuera <input type="checkbox"/> Adentro					
Nombre De escuela:				Grado:	
Cual fue la última vez de su prueba de tabaco?					
Vape? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Paciente no quiso contestar					
Cigarrillos electrónicos? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Paciente no quiso contestar					
Cigarrillos? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Paciente no quiso contestar					