

Información del Paciente

Nombre de Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

I. Historia Prenatal

Edad de la madre del parto _____

Problemas con el embarazo _____

Peso al nacer _____

Cesárea o parto vaginal? _____

¿Tuvo su bebe algún problema después del nacimiento? (como ictericia o infección) _____

II. Historia Médica

Medico anterior _____

Por favor enumere medicamentos diarios y la dosificación _____

Por favor enumere alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, etc. _____

Por favor enumere algún afecciones médicas crónicas _____

Hospitalizaciones _____

Cirugías _____

¿Tiene sus vacunas al corriente? Sí No

Por favor provéanos a su registro de vacunación.

¿Ha tenido su hijo(a) problemas con los siguientes?:

Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Convulsión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Problemas visuales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problema renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Eczema, urticaria, o condición de la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas articulares o muscular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sibilancia o asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soplo o otro problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

¿Tiene su hijo(a) cualquier otro problema médico? _____

III. Historia Familiar

Marque las enfermedades que los padres, hermano(a)s, o abuelos del paciente hayan tenido o tengan:

- Anemia Asma Alergias Diabetes Hipertensión Enfermedades cardíacas
 Convulsiones Síndromes o Malformaciones Congénitas Enfermedad Mental Cáncer

Otras: _____

IV. Historia Social

¿Tienes “agua de ciudad” en la casa? Sí No

Por favor enumere los nombres y las edades de todos en su casa: _____

¿Siempre usa su hijo(a) un cinturón de seguridad en cada coche? ¿Y tu? Sí No

¿Tiene cualquier fumadores en su casa? Sí No

Quien _____ Paquetes al día _____

_____ Paquetes al día _____

_____ Paquetes al día _____

¿Su hijo(a) vive o regularmente visita una casa construida antes del 1960 con renovación reciente o presente? Sí No

¿Su hijo(a) vive o regularmente visita una casa construida antes del 1967 que tiene pintura despegándose? Sí No

¿Alguien en su casa recibe tratamiento para la intoxicación con plomo? Sí No

¿Tiene mascotas en su casa? Sí No

¿En caso afirmativo, qué tipo? _____

¿Usa cuidado de niños fuera de la casa? Sí No

ONE Pediatrics, PLLC: All Star Pediatrics, East Louisville Pediatrics, One Pediatrics at Simpsonville, Prospect Pediatrics, South Louisville Pediatrics, Springs Pediatrics, and Oldham County Pediatrics.