



## Formulario para pacientes nuevos

Primero, imprima este formulario. Llénalo. Tráelo contigo a nuestra oficina.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad/País de nacimiento \_\_\_\_\_

### Embarazo y nacimiento

Edad de la madre al nacer el niño \_\_\_\_\_

¿Padeció alguna enfermedad materna durante el embarazo o parto temprano? En caso afirmativo, indique cuáles: \_\_\_\_\_

¿Tomó medicamentos además de las vitaminas? "sí", indique cuáles \_\_\_\_\_

Nació el bebé \_\_\_\_\_

<37 o >41 semanas de gestación? Si "sí", el bebé nació a las \_\_\_\_\_ semanas ¿Cuál era el peso al nacer? \_\_\_\_\_

Qué tipo de parto (marcar): Vaginal Cesárea Aspirado Forceps

¿El bebé tuvo problemas mientras estaba en el hospital?

En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

(infección, ictericia, dificultades respiratorias, NICU) \_\_\_\_\_

**Estado de vacunación (encierra en un círculo):** Actualizado retrasado no inmunizado

si se retrasa o no se inmuniza, favor explicar: \_\_\_\_\_

### Historia médica pasada (se refiere al niño)

¿Alguna reacción alérgica a los medicamentos, alimentos, picaduras de insectos o vacunas?

Si la respuesta es "sí", ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna hospitalización nocturna? En caso afirmativo, ¿por qué y a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Alguna cirugía? Si la respuesta es "sí", ¿de qué tipo, a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Alguna lesión grave? Si la respuesta es "sí", ¿de qué tipo, a qué edad? \_\_\_\_\_

¿Algún medicamento que se tome con regularidad? Si "sí", ¿cuáles?

\_\_\_\_\_ (excepto medicamentos para el resfriado/analgésicos)

Señale cualquier problema médico que su hijo haya tenido:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario       | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Garganta estreptocócica frecuente                         |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído       | <input type="checkbox"/> Neumonía             | <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión/audición          | <input type="checkbox"/> Alergias ambientales | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas escolares |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales/comportamientos | <input type="checkbox"/> Problemas del habla  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme |

Haga una lista de cualquier otro problema médico que su hijo haya tenido que no estén en la lista anterior

---

---

## Historia familiar

Señale cualquier enfermedad que los padres, hermanos, abuelos del niño tuvieron e indique quién la tenía:

- Alergias al asma  Diabetes  Convulsiones  Hipertensión  Enfermedad cardíaca antes de los 50 años  
 Colesterol alto  Cáncer  Tuberculosis  Cálculos renales  Enf. Tiroidea  Enf. Mental  
 Muerte súbita inexplicable  enfermedades genéticas/hereditarias

Enumere cualquier otra enfermedad crónica significativa en la familia \_\_\_\_\_

¿Hay un fumador en el hogar? \_\_\_\_\_