

Nombre de Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____
 Direccion _____ Teléfono Principal _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Correo electrónico _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de nacimiento _____ SSN _____
 Nombre del Padre _____ Fecha de nacimiento _____ SSN _____

Seguro Primario _____ N.º de ID _____ .º de Grupo _____
 Seguro Secundario _____ N.º de ID _____ .º de Grupo _____

Historial de Embarazo y Nacimiento

Edad de la madre al nacer:	Edad del padre al nacer:
¿Complicaciones durante el embarazo o parto?	Duración de la estancia hospitalaria:

Historia del recién nacido

Peso de nacimiento:	Longitud al nacer:	Circunferencia de la cabeza:
Tipo de :	Hospital, Ciudad, Estado	Fórmula o leche materna (circule uno)

Historial médico

¿Dónde ha ido el paciente para exámenes médicos anteriormente?	Fecha del último examen médico:	Fecha de la última revisión dental:
¿Está su hijo al día con las vacunas? Por favor proporcione los registros de vacunación.	Hospitalizaciones o cirugías:	Enfermedades importantes:
Pacientes del sexo femenino solamente Edad de primera menstruacion:	Cualquier examen de laboratorio reciente:	Pruebas de imagen:

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes (indique la fecha)

<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Mojar la cama (>5 años)
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infección de riñón o vejiga	<input type="checkbox"/> Infecciones de garganta frecuentes
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Huesos rotos o fracturas	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes/rasgo	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Fiebres	<input type="checkbox"/> Otro _____

Enumere cualquier medicamento actual:

Historia familiar

Relación	Vivo S/N	Edad	Problemas médicos mayores y/o causa de muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			

¿Alguno de los parientes cercanos del niño ha tenido las siguientes condiciones:

Condición	Relativo	Condición	Relativo
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	
<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Cardiopatía	
<input type="checkbox"/> Convulsiones		<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	
<input type="checkbox"/> Alergias/asma		<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado		<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	
<input type="checkbox"/> Hipertensión		<input type="checkbox"/> Dependencia química	
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental		<input type="checkbox"/> Otro:	

Historia Social/Cultural

Nombre de la escuela y nivel de grado:	Cuidador principal en el hogar:
Idioma(s) hablado(s) en casa:	# de miembros de la familia que viven en el hogar:

Solicitudes de comunicación de canal confidencial

Consiento el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada con:
El nombre del paciente _____

[] Teléfono [] Está bien dejar mensajes de voz
[] Correo [] Correo electrónico (dirección) _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____