



Nombre del paciente: _____ M/F Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre: _____ Hermanos y fechas de nacimiento: _____

Problemas médicos, enfermedades u hospitalizaciones importantes anteriores: _____

Su hijo tuvo varicela: Sí Fecha: _____ No

¿Su hijo ha tenido alguna de estas operaciones? Si la respuesta es sí, complete el año de la operación.

	Año
Extirpación del apéndice	
Extirpación de amígdalas/adenoides	
Tubos auditivos	

Otras operaciones/procedimientos: _____

Problemas activos o crónicos (marque todos los que correspondan para este paciente o escriba una lista abajo):

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> DDH: displasia de cadera	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído (frecuentes)	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Estrabismo (ambliopía, ojo vago)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Migraña/dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Células falciformes
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Reflujo urinario
<input type="checkbox"/> Otros (escriba una lista abajo)	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> UTI frecuente o recurrente	

Explique todas las que correspondan: _____

Escriba otros problemas activos o crónicos: _____

Escriba otra información pertinente que debemos saber, incluyendo otros médicos y especialistas que ven a su hijo:

Alergias a medicamentos y reacción del paciente: _____

Alergias a alimentos y reacción del paciente: _____

Medicamentos actuales: escriba todos los medicamentos de venta libre, suplementos, medicamentos a base de hierbas y cualquier otro medicamento recetado por su PCP o especialista.

Medicamentos	Dosis	Veces al día	Recetado por

