



HISTORIA MEDICA PEDIATRICA

Nombre del niño/niña: _____ Sexo: M F Edad: ___ Fecha de Nac: _____

Nombre de padre/madre: _____

Alergias(nombre de medicamento/reaccion): _____

Autorizacion de Visita

Yo autorizo _____ a traer a _____ para su visita medica con la Dra. Chou.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al paciente: _____

Historia Medica

Prenatal (si contesta "SI" por favor explicar)

Si No

- 1. Cuando estuvo embarazada tuvo problemas de salud? _____
- 2. Usted tuvo complicaciones durante su parto? _____

Neonatal

- 1. Fecha de nacimiento: _____ Fecha probable de parto: _____
- 2. Peso de bebé al nacer: _____
- 3. Usted tuvo problemas despues del parto? _____

Enfermedades en la Niñez

- 1. Su hijo/a ha sufrido problemas de salud serios o hospitalizaciones? _____
- 2. Su hijo/a ha tenido cirujias? _____
- 3. Su hijo/a ha sufrido de fracturas, u otros padecimientos? _____
- 4. Su hijo/a toma medicamentos ? Si, cuales y a que edad empezo? _____
- 5. Su hijo/a a tenido problemas pasar por etapas de crecimiento? _____

Historia Familiar

Si las preguntas tienen algo que ver con su ni_o o en su familia marque "X"

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Y | N | | Y | N |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del Corazon: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alcoholismo o Uso de Drogas: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Diabetes: _____ | |
| | | | Asthma: _____ | |
| | | | Enfermedades Psiquiatricas: _____ | |
| | | | Otros: _____ | |

Historia Social

- 1. Existen problemas de violencia en su familia? _____
- 2. Alguien fuma en su casa? _____
- 3. Nombre todas las personas que viven con Usted. _____

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____