



FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

MÉDICO PRIMARIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

LA ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____

Localizado en (por favor encierre en un círculo): DC MD VA

Motivo de la visita de hoy: _____

Describe el problema: _____

HISTORIAL MÉDICO (por favor indique cualquier problema médico)

HOSPITALIZACIONES

Edad	Problema	Fechas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL QUIRÚRGICO (por favor indique cualquier cirugía(as) anterior(es) incluyendo las fechas)

MEDICAMENTOS Ninguno

Nombre del Medicamento	Dosis (cantidad)	Frecuencia (con qué frecuencia)	Programado	Cuando sea necesario
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIAS Ninguna

Sustancia	Reacción	Severidad (por favor encierre en un círculo)		
		Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo

INMUNIZACIONES Al día: Sí No

Por favor llenar enfrente y atrás de esta forma.

HISTORIAL DE NACIMIENTO

Termino Completo SÍ NO
Si es prematuro, nació a las (semanas) _____
Complicaciones de Embarazo SÍ NO
Explique: _____
Complicaciones de Parto SÍ NO
Explique: _____
Peso de Nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

Se fuma en el hogar SÍ NO
Hay alcohol en el hogar SÍ NO
Vive con un tutor legal SÍ NO

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Retrasos Motrices SÍ NO
Retrasos del Habla SÍ NO
Edad cuando comenzó a caminar: _____
Para Pacientes Mujeres:
Edad de la primera menstruación: _____
Fecha de la menstruación más reciente: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor anote cualquier trastorno familiar
 NINGUNO

historial médico	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Tía	Tío	Prima/Primo

REPASO DE LOS SISTEMAS (Por favor marque cualquier síntoma que usted a tenido recientemente) **TODOS SON NEGATIVOS**

Constitucional	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> escalofríos <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> pérdida de peso inesperado <input type="checkbox"/> otro:
Ojos	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> vista borrosa <input type="checkbox"/> visión doble <input type="checkbox"/> secreción <input type="checkbox"/> ojo enrojecido <input type="checkbox"/> otro:
Endocrino	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> sed aumentada <input type="checkbox"/> intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> otro:
Alérgico/Inmunológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> reacción a la comida <input type="checkbox"/> alergias ambientales <input type="checkbox"/> infecciones múltiples <input type="checkbox"/> otro:
Oídos/Nariz	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dificultad al tragar <input type="checkbox"/> hemorragias nasales <input type="checkbox"/> dolores de oídos <input type="checkbox"/> otro:
Respiratorio	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> ronquido <input type="checkbox"/> dificultad para respirar en reposo <input type="checkbox"/> dificultad para respirar con actividad <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> otro:
Genitourinario	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> enuresis <input type="checkbox"/> orina sanguinolenta <input type="checkbox"/> frecuencia <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> urgencia <input type="checkbox"/> otro:
Neurológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> confusión/desorientación <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> adormecimiento <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> otro:
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> otro:
Hematológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> moretones con facilidad <input type="checkbox"/> sangrados excesivos <input type="checkbox"/> otro:
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> acidez <input type="checkbox"/> otro:
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> nerviosismo <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> alucinaciones <input type="checkbox"/> otro:
Piel	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> rojez <input type="checkbox"/> cambio del color de piel <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> roncha <input type="checkbox"/> úlceras/lesiones <input type="checkbox"/> otro:

Nombre de la persona completando este formulario: _____
Relación al paciente: _____
Fecha & Hora completada: _____