

Nuevo Historial Clínico Pediátrico

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Fecha de la visita _____
Razón de la visita _____



Traiga el comprobante de vacunas para el personal

Historia médica anterior

¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	No	Sí	Describa el problema: Fechas: Medicación; Hospitales; Resultados	Sólo para el equipo médico
1. Historial de nacimiento MARQUE CON UN CÍRCULO Cesárea o parto vaginal Hospital _____ La estancia en UCIN: Sí o No Prematuro o a término Semanas de gestación cuando tuvo el parto _____ Peso al nacer _____ Problemas de embarazo tales como diabetes, presión arterial alta, preeclampsia, depresión, otros _____ _____	D	D		
2. Problemas médicos (asma, presión arterial alta, otros)	D	D		
3. Lista cualquier medicamento que toma regularmente				
4. Lista de cualquier alergia a medicamentos y explique	D	D		
5. Cualquier hospitalización - dónde, cuándo y por qué	D	D		
6. Cualquier especialista que haya visto - dónde, cuándo y por qué	D	D		
7. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	D	D		
8. Retrasos del desarrollo o de aprendizaje	D	D		
9. ¿Necesidad de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia de lenguaje?	D	D		
10. Ha fumado cigarrillos o cigarrillos electrónicos	D	D		
11. Ha usado alcohol o drogas	D	D		
12. Si es mujer, ¿está o puede estar embarazada?	D	D		
13. Si es mujer ¿cuál fue el primer día de su último período?	D	D		
14. Si es mujer ¿tiene problemas con sus períodos?	D	D		

Otros comentarios para el proveedor:
