

McKinney Pediatrics, 1872 N. Lake Forest Drive, McKinney, Texas 75071

Historia de Salud Pediátrica

De salud del niño Tu es de suma importancia para nosotros. Por favor, rellene el formulario de la forma más completa y precisa como sea posible. Si no está seguro de cómo responder a un tema determinado, sólo la vuelta al tema y estaremos encantados de discutir con usted. Toda la información es tratada de forma confidencial.

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ M F

Nombre de Madre: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Niños de la Escuela: _____ Grado: _____

Médico Anterior: _____ Teléfono: _____ Ciudad / Estado: _____

Alergias medicamentosas		MEDICAMENTOS	
Sustancia	Reacción	Nombre del medicamento	Dosis

HISTORIA MÉDICA				
Por favor, compruebe si el niño ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes:				
Anemia	CARDIOVASCULAR	GASTRONINTESTINAL	Músculo / articulación / hueso	Nariz o garganta / pecho
Asma	Murmullos	Falta de apetito	Huesos rotos	Dificultad para respirar
Bronquitis	Dolor de pecho	Sangriento / heces oscuras	Esguinces	Dificultad para deglutir
Chicken Pox	Latidos cardiacos irregulares	Estreñimiento	Problemas de coordinación	Resfriados frecuentes
Hepatitis	OJOS	Diarrea	Problemas con la postura	Ronquera
Sarampión	Cruzado o desalineado	Hambre excesiva	Dolor, debilidad o inflamación	Respirar por la boca
Rubéola	Irritación de los ojos	Sed excesiva	GENERAL	Las hemorragias nasales
Paperas	Problemas de visión	Náusea	Escalofríos	Tos persistente
Fiebre reumática	Auditivos o del habla	Sangrado rectal	Depresión	Problemas sinusales
Neumonía	Dificultad para oír	Dolores de estómago	Mareo	Dolor de garganta
Tos ferina	Dolor de oído	Vómitos	Desmayo	Inflamación de la garganta
RV	Infecciones de oído	Lombrices	Olvido	Las infecciones de amígdalas
DENTAL	Problemas del habla	Genito-urinario	Dolores de cabeza	Respira con dificultad
Encías Sangrantes	Otros:	Mojar la cama	La pérdida de sueño	PIEL
Rechinar los dientes		Sangre en la orina	Cambios de humor	Bruise Easily
Sensibilidad		Dermatitis del pañal, persistentes	Nerviosismo	Cambio en Moles
Succión del Pulgar		Aprobación de la gestión (vagina / pene)	Entumecimiento	Urticaria
Última chequeo dental:		Micción frecuente	Transpiración	Erupción
Pincel, con qué frecuencia?		Dolor al orinar	Cansancio	Soares
Use hilo dental, con qué frecuencia?		Insólito pedido de orina	Pérdida de peso /	Las llagas que no cicatrizan

HOSPITALIZACIONES			LESIONES		
Razón	Fecha	Hospital, Ciudad, Estado	Las lesiones / enfermedad grave	Fecha	Resultado

Y la salud infantil PRENATAL HISTORIA													
Lugar de nacimiento:			OB:		Mamá a la edad de nacimiento:								
Durante el embarazo, ¿cuál de estas condiciones se hizo? (Por favor marque lo que corresponda)													
<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	Sarampión alemán	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea								
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Sin Prescripción consumo de drogas:								
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	El consumo de drogas con receta:								
<input type="checkbox"/>	Edema / hinchazón	<input type="checkbox"/>	La proteína en la orina	<input type="checkbox"/>	Sustancias Controladas el consumo de drogas:								
<input type="checkbox"/>	La exposición a sustancias químicas o radiación	<input type="checkbox"/>	Uso del Tabaco	<input type="checkbox"/>	Otros:								
<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Infecciones del Tracto Urinario										
ENTREGA (Por favor marque todas las que correspondan):													
El Tiempo		<input type="checkbox"/>	Prematuro	<input type="checkbox"/>	Tarde	<input type="checkbox"/>	Parto normal	<input type="checkbox"/>	Inducida / prolongada	<input type="checkbox"/>	Recámara	<input type="checkbox"/>	C-Sección
Por favor, describa cualquier otra complicación:													
Peso al nacer:			Lbs.		Onza	Defectos de Nacimiento:							
Peso de la descarga:			Lbs		Onza	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	Transfusión		
Longitud:						Alimentación (circule uno):							
Edad al momento del alta:				<input type="checkbox"/>	Brest	<input type="checkbox"/>	Fórmula	<input type="checkbox"/>	Ambos				

HISTORIA DE LA FAMILIA						
	Edad	General de Salud		Nombre	Edad	General de Salud
Padre			Hermano			
Madre			Hermano			

Por favor circule cualquier condición que ninguno de los parientes de sangre de los niños han tenido y su relación:			
CONDICIÓN	RELACIÓN	CONDICIÓN	RELACIÓN
Alcoholismo		VIH / SIDA	
Alergias		Trastorno del Riñón	
Anemia		Trastorno de pulmón	
Artritis		Enfermedad Mental / Trastorno	
Asma / Enfisema		Retraso Mental	
Defectos de Nacimiento		Trastorno muscular	
Ósea o trastornos de la articulación		Fiebre reumática	
Cáncer		Convulsiones / Convulsiones	
Diabetes		Enfermedad de células falciformes	
Epilepsia		Dermatosis	
Trastorno de ojo o el oído		Golpe	
Defectos genéticos		Trastorno de la tiroides	
Enfermedad del corazón		Tuberculosis	
Hemofilia		Enfermedad venérea	
Presión arterial alta		Otros:	
Reconozco que la información aquí contenida es correcta a lo mejor de mi conocimiento.			
Firma:		Relación con el paciente:	

