

Nombre del/de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Indique todas las alergias, reacciones adversas o efectos secundarios a los medicamentos que pueda haber experimentado su hijo/a:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre	Potencia	Dosis	Motivo

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Varicela	Sí	No	Estreptococo. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Amigdalitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Asma	Sí	No
Sarampión	Sí	No	¿Ha tenido su hijo/a un EEG	Sí	No	Otitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Transfusiones de sangre	Sí	No
Paperas	Sí	No	Evaluaciones psicológicas	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No	Cáncer	Sí	No
Rubeola	Sí	No	Pruebas de audición	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Fiebre escarlatina	Sí	No	Pruebas de habla/lenguaje	Sí	No	Meningitis	Sí	No	Anemia falciforme	Sí	No
Neumonía	Sí	No	Diabetes Mellitus	Sí	No	Trastorno paratiroideo	Sí	No	Trastorno de coagulación	Sí	No
Resfríos frecuentes	Sí	No	solventes o metales pesados	Sí	No	Trastorno suprarrenal	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Fiebre reumática	Sí	No	Exposición a pesticidas/herbicidas u otros químicos tóxicos	Sí	No	Alergias	Sí	No	Enfermedad pituitaria	Sí	No
Amigdalitis. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Bajo peso al nacer	Sí	No	Anemia	Sí	No	Desarrollo deficiente	Sí	No
Infecciones en los oídos. Indicar cuántas veces aproximadamente:	Sí	No	Elevado peso al nacer	Sí	No	Ritmo cardíaco irregular	Sí	No	Infecciones del tracto urinario	Sí	No

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Indique la fecha y el tipo de cirugías que ha tenido su hijo o hija:

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Por favor coloque una enfermedad que corresponda a cada pariente.
 Por favor agregue cualquier enfermedad necesaria o pariente a "Agregar":

Parentesco	¿La persona está viva?		Edad al morir	Artritis	Enfermedad pulmonar	Genetica	Cáncer	Psiquiatria	Diabetes	Enfermedad cardiaca	Hipertensión	Hiperlipidemia	Apoplejía	Alcohol/Drogas	Agregar:	Agregar:
	Sí	No														
Madre	Sí	No														
Padre	Sí	No														
Hermana	Sí	No														
Hermano	Sí	No														
Tia materna	Sí	No														
Tio Materno	Sí	No														
Tia paterna	Sí	No														
Tia paterno	Sí	No														
Abuelo materna	Sí	No														
Abuelo materno	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														
Agregar:	Sí	No														

Antecedentes Sociales

Uso de tabaco: _____ Tipo de tabaco usado: Cigarillos Pipa Puros
 Nunca fumo _____ Paquetes/Dia 0.25 paquetes 0.5 paquetes 1 paquetes
 Fumo alguna vez _____ 1.25 paquetes 1.5 paquetes 2 paquetes
 Fuma ahora _____ Numero de años de uso: _____

Tabaco sin humo: _____ Otros tipos: Tabaco en polvo Tabaco de mascar
 Nunco uso _____
 Uso previamente _____
 Usa ahora _____

Listo para parar de fumar? Sí No Comentario: _____

Uso de alcohol: Sí No Comentario: _____

Bedidas/semana: _____ Copas de vino
 _____ Latas de cerveza
 _____ Tragos de licor
 _____ Bedidas que contengan 0.5 oz de alcohol

Uso de drogas? Sí No Comentario: _____

No Numero de veces: _____ Tipos: _____

Sexualmente activo/a? Sí No No No ahora

Parejas: _____ Mujer _____ Hombre Comentario: _____

Anticoncepcion / Proteccion (Marque todas las que apliquen):

_____ Abstinencia _____ Coito Interrumpido _____ Condon _____ Diafragma _____ Implante
 _____ Inyeccion _____ Inserccion _____ Dipositivo intrauterino _____ Pildora _____ Parche
 _____ Post menopausia _____ Ritmo _____ Espimicida _____ Esponga _____ Quiurgico
 _____ Otro-Ver Comentarios.



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Ha sido militar?	No	Sí
Explique si lo ha sido:		
¿Ha reibido una transfusion de sangre? Explique si la ha recibido:	No	Sí
¿Consume cafeina?	No	Sí
Cuantas tazas y frecusencia si lo hace:		
¿Esta expuesto a sustancias / elementos daninos en su trabajo?	No	Sí
Explique si lo esta:		
¿Tiene usted un pasatiempo en que esta expuesto al sol? Si lo esta, explique:	No	Sí
¿Tiene algun promblema del sueno?	No	Sí
Explique si lo tiene:		
¿Tiene preocupaciones a causa del estres?	No	Sí
Explique si las tiene:		
¿Tiene preocupaciones con su peso?	No	Sí
Explique si las tiene: _____		
?Sigue una dieta espaecial?	No	Sí
Explique si la sigue: _____		
¿Tiene alguna pregunta sobre el cuidado de su espalda?	No	Sí
Si la tiene, hagala: _____		
¿Haca ejercicio con regularidad?	No	Sí
Explique si lo hace: _____		
¿Usa casco al andar en moto o bicicleta?	No	Sí
Comentarios: _____		
¿Usa cinturon de seguridad?	No	Sí
Comentarios: _____		
¿Si auto-examina con regularidad?	No	Sí
Comentarios: _____		

HISTORIO SOCIOECONOMICO

Familia	Educacion	
¿Cual es su actual estado civil?	¿Anos de escuela?	
¿Si esta casado / a, nombre de su esposa / o?		
¿Hijos y edades?		
Origen / grupo etnico:	Idioma:	Raza: