

## ¡Bienvenido a Children's ENT of Houston!

Para que le brindemos la mejor atención posible, complete ambas páginas de este formulario de antecedentes personales patológicos. Toda la información es completamente confidencial.

### Formulario de antecedentes personales patológicos del paciente: Hijo(a)

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Pediatra o médico de familia: \_\_\_\_\_

Médico que lo derivó hoy: \_\_\_\_\_

#### Alergias a fármacos o al látex:

\_\_\_\_\_

(si no padece ninguna, escriba "ninguna")

### Antecedentes de la enfermedad actual

¿Cuál es el motivo de que su hijo(a) realice una consulta hoy? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo su hijo(a) tuvo este problema? \_\_\_\_\_

¿Qué otro médico atendió a su hijo(a) por este problema? \_\_\_\_\_

¿A su hijo(s) lo examinó alguno de los siguientes especialistas?

Alergista  Pulmonólogo  Patólogo del habla  Ortodoncista/Dentista  Gastroenterólogo

### Antecedentes personales patológicos anteriores

Antecedentes del nacimiento:  Período completo  Prematuro \_\_\_\_\_ n.º de semanas  
 Simple  Gemelos (dicigóticos \_\_\_ o idénticos \_\_\_)  Múltiple cant. \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes afecciones?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> THDA                          | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares                   |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH positivo             | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                 | <input type="checkbox"/> Problemas renales                     |
| <input type="checkbox"/> Alergias                      | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído              | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones           | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica               |
| <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Problemas de audición            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico |
| <input type="checkbox"/> Hemopatía                     | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca           | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica                  |
| <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> Sinusitis                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                      | <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística             | <input type="checkbox"/> Hospitalización en el nacimiento |  |

Detalle cualquier otra enfermedad grave que no se haya enumerado anteriormente:

\_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones o consultas pasadas al servicio de urgencias

Detalle las fechas y los motivos de cualquier hospitalización o consulta al servicio de urgencias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Antecedentes de cirugías previas

Detalle los tipos y las fechas de todos los procedimientos quirúrgicos que se le realizaron a su hijo(a):

---

---

---

### Medicamentos

Detalle todos los medicamentos que su hijo(a) toma de manera regular, incluidos los medicamentos de venta libre y a base de hierbas.

---

---

¿Hace uso de alguna aspirina o ibuprofeno?  SÍ  NO    ¿Con qué frecuencia?

---

### Repaso de los sistemas

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de las siguientes afecciones?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                         | <input type="checkbox"/> Líquido o infecciones en el oído | <input type="checkbox"/> Respiración bucal                           |
| <input type="checkbox"/> Sangrado inusual                        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente        | <input type="checkbox"/> Respiración ruidosa                         |
| <input type="checkbox"/> Inconvenientes con la anestesia         | <input type="checkbox"/> Regurgitación frecuente          | <input type="checkbox"/> Sinusitis                                   |
| <input type="checkbox"/> Heces con sangre                        | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                  | <input type="checkbox"/>   |
| Lesiones/inflamaciones en la piel                                |   |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar mientras duerme | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                | <input type="checkbox"/> Ronquido                                    |
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de moretones            | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición              | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta/faringitis estreptocócica |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                          | <input type="checkbox"/> Ronquera                         | <input type="checkbox"/> Dificultades del habla/lenguaje             |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/crisis epilépticas         | <input type="checkbox"/> Inflamación articular            | <input type="checkbox"/> Problemas de amígdalas                      |
| <input type="checkbox"/> Tos                                     | <input type="checkbox"/> Inflamación de extremidades      |  |
| <input type="checkbox"/> Mareos                                  | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna              |  |

### Antecedentes patológicos familiares

Alguno de los miembros de su familia (vivo o muerto) ha tenido algún antecedente de lo siguiente:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA                                    | <input type="checkbox"/> Mareos                             | <input type="checkbox"/> Problemas renales      |
| <input type="checkbox"/> Alergias                                | <input type="checkbox"/> Líquido o infecciones en los oídos | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica   |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia              | <input type="checkbox"/> Sangrado en exceso                 | <input type="checkbox"/> Sinusitis              |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/mareos                   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Accidente              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística                       | <input type="checkbox"/> Hemofilia                          | <input type="checkbox"/> Problemas de amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |

Detalle cualquier otra enfermedad grave que no se haya enumerado anteriormente:

---

### Antecedentes sociales

¿Su hijo(a) va a la guardería?

SÍ     NO

¿Su hijo(a) va a la escuela?

SÍ     NO

Si va a la escuela, ¿en qué grado está? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa chupete?  SÍ  NO

¿Alguien en su casa fuma?  SÍ  NO

Indique los(as) hermanos(as) y sus edades:

---

Detalle los(as) hermanos(as) que se hayan atendido con los médicos de nuestras consultas y el (los) motivo(s) de la visita o el tratamiento:

---

La información proporcionada es un informe completo y preciso de los antecedentes personales patológicos y del estado de salud de mi hijo(a).

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Médico que lo revisó: \_\_\_\_\_ MD Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N.º \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Si es estudiante, escuela a la que asiste \_\_\_\_\_

Médico que deriva \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Pediatra/Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Primer padre Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Segundo padre Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto alternativo (cuando no podamos ubicarlo) Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Información del seguro** – Presente su tarjeta del seguro y la licencia de conducir para que se pueda hacer una copia

Seguro primario \_\_\_\_\_ Teléfono de verificación \_\_\_\_\_

N.º de ID \_\_\_\_\_ del Plan del grupo N.º \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Apellido del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( ) \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Teléfono de  
verificación \_\_\_\_\_  
N.º de ID \_\_\_\_\_ del Plan del grupo N.º \_\_\_\_\_ Empleador  
\_\_\_\_\_  
Dirección de reclamos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_  
Apellido del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del  
segundo nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lic. de conduc. de Texas N.º \_\_\_\_\_ Relación con el paciente  
\_\_\_\_\_  
Teléfono (part.) ( ) \_\_\_\_\_ (laboral) ( ) \_\_\_\_\_ (cel.) ( )  
\_\_\_\_\_ )

"Por el presente, autorizo a Children's ENT of Houston/Mednax a brindar cualquier información asociada con mi atención a mi médico de referencia, a otros profesionales de la salud relacionados o a mi compañía aseguradora".

Firma del paciente/responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Children's ENT of Houston

## Políticas para los menores de edad

Queridos padres/madres o tutores:

La ley nos prohíbe examinar a los menores de edad sin que el padre/madre, tutor legal o representante designado(a) esté presente. Debe presentar una prueba de su identidad, en la forma de identificación o pasaporte con foto válidos, al momento de la consulta de su hijo(a). Traiga consigo la identificación correspondiente cuando venga a la consulta de su hijo(a).

Si enviará a su hijo(a) al consultorio acompañado de un familiar, un amigo o un cuidador, deberá completar la autorización de la parte inferior de esta notificación, firmarla y enviarla con el representante designado a la consulta de su hijo(a). El representante designado también tiene que firmar este formulario y, en el momento de la consulta, presentar su identificación o pasaporte con foto válidos.

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, menor de edad, le otorgo permiso a \_\_\_\_\_, mi representante designado, para llevar a mi hijo a Children's ENT of Houston/Mednax para que reciba atención; para firmar los documentos necesarios para facilitar la atención; para prestar consentimiento y para firmar los documentos de responsabilidad financiera que garanticen el pago de toda tarifa de la que yo sea responsable. Garantizo que mi representante pagará cualquier saldo adeudado al momento del servicio.

Esta autorización permanecerá vigente hasta el momento en que la revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante designado

\_\_\_\_\_  
Fecha