

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Historia médica pasada si tiene menos de 8 años de edad:

Tiempo de embarazo que tuvo la madre: \_\_\_\_\_ semanas o meses (marque uno)

Hubo problemas durante el embarazo? SI o NO (marque uno)

Cuanto peso el paciente al nacer: \_\_\_\_\_

Que tiempo duro hospitalizada después del parto: \_\_\_\_\_

Están sus vacunas al día? SI o NO (marque uno)

Ha sido hospitalizado/a? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugías? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Sufre de Alergias a: (Marque lo que sea aplicable)

Medicamentos? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Estaciones del año? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Alimentos? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Problemas en el Desarrollo? SI o NO (marque uno) Si es así, indique: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos de su familia: (Marque lo que sea aplicable)

<u>Historial de</u>	<u>Pariente</u>	<u>Historial de</u>	<u>Pariente</u>
Nacer con defectos cardiacos	_____	Alta presión arterial	_____
Colesterol alto	_____	Muerte de repente	_____
Ataques del corazón menor de 55 años	_____	Diabetes	_____
Problema Ritmo Cardiac /Marcapasos	_____	Ataques epilépticos	_____

Historia Social:

Paciente vive con: Madre    Padre    Madrastra    Padrastro (Marque todo lo que sea aplicable)

Paciente tiene \_\_\_\_\_ hermano/s    \_\_\_\_\_ hermana/s    Otro \_\_\_\_\_

Grado escolar: \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los medicamentos que el paciente está tomando actualmente:

---

---

---

---

---

(continua atrás)

Revisión de los Sistemas corporales: (circulé lo aplicable)

Constitucional:

Fiebre  
Cambio de peso

Piel:

Irritación  
Cambios de color  
Sudor

HEENT:

Dolores de cabeza  
Problemas con los ojos  
Problemas con los oídos

Voz ronca  
Sangrado de nariz

Pulmones:

Tos  
Silbidos de pecho

Asma  
Falta de aliento

Estómago:

Acidez  
Estreñimiento  
Diarrea

Dolores abdominales  
Sangre en el excremento  
Ictericia (amarillento de piel y ojos)

Riñones:

Infección de vías urinarias  
Sangre en la orina

Piedras en los riñones

Músculos / Huesos:

Inflamación articular

Dolores

Sistema nervioso:

Convulsiones  
Debilidad  
Temblores

Dolores de cabeza  
Parálisis

Endocrina:

Diabetes  
Cambio en períodos

Problemas de tiroides

Sangre:

Sangra o moretea fácilmente  
Inflamación de las glándulas linfáticas

Infecciones:

Fiebre

Exposición a agentes infecciosos

Psique:

Depresión  
Problemas de comportamiento

Trastorno de hiperactividad con déficit de atención