

FORMULARIO DE HISTORIA CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Masculino Femenino
 Idioma preferido: _____ Raza: Africano Americano Asiático Origen Étnico: Hispanic/
 Caucásico Nativo- Latino
 Islas del Pacífico Americano Non-Hispanic/Latino

REFERIDO POR: _____
 FARMACIA _____

Nombre	Teléfono/ Fax #	Dirección
Nombre	Teléfono/ Fax #	Dirección

RAZON POR LA VISITA: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ No Si En caso afirmativo explique los detalles aquí:

Prematuro?				Peso al nacer: _____ lbs _____ oz
Cesárea?				Cual Hospital?
Complicaciones de Parto?				Ecografía pre-natal normal?

Antecedentes Médicos: _____ No Si En caso afirmativo explique los detalles aquí:

Alergia a medicamentos?			
Esta tomando medicinas?			
Problemas de salud?			
Cirugías anteriores?			
Ha estado hospitalizado?			
Vacunas al día?			
Problemas en el Desarrollo?			

Historia Social:
 Personas que viven con el Paciente: Padres Hermanos Abuelos Hijo/a Adoptado/Foster: Yes No

Historia Familiar: En caso afirmativo por favor indicar la relación del miembro de familia con el Paciente.
 Reflujo Urinario _____ Quistes Renales _____
 Orinarse en la cama _____ Sangre en la orina _____
 Cálculos Renales _____ Insuficiencia Renal _____
 Trastornos de coagulación _____ Testículos no descendidos. _____

Revisión de Sistema: Su Hijo/a ha sufrido o ha sido tratado/a por alguno de los siguientes: (Circle lo que aplica)
 Si no aplica, por favor marque N/A junto a cada categoría.

General	N/A	Palpitaciones	Pubertad precoz	Deficiencia de atención	Genitourinarias	N/A
Escalofríos		Síncope/Desmayos	Aparato Locomotor	Ansiedad	Orinarse en la cama	
Aumento o pérdida de peso excesivo		Respiratorio	N/A	Depresión	Sangre en la orina	
Malestar		Apnea	Dolor de espalda	Abuso de sustancias	Accidentes diurnos	
Fiebres inexplicables		Asma	Fractura /Hueso quebrado	Alergias/	Dilatación de los riñones	
Oído, Nariz y Garganta		Bronquitis	Dolor de articulaciones/hinchazón	Inmunológico	Cálculos Renales	
N/A		Tos	Dolor muscular	Alergia alimentos	Adherencias labiales	
Infecciones de Oído		Crup	Problemas de marcha	Mononucleosis	Micción dolorosa	
Sinusitis		Falta de aire	Hematológico/Linfático	Dermatología	Infecciones en el pene	
Faringitis estreptocócica		Gastrointestinal	N/A	Eczema	Testículos hinchados	
Ojos	N/A	Dolor Abdominal	Anemia	Psoriasis	Dolor testicular	
Lentes de contacto		Constipación	Problemas de coagulación	Erupción de la piel	Testículos no descendidos	
Espejuelos/Gafas		Reflujo Gástrico	Hematomas		Frecuencia urinaria	
Dolor		Nausea	Petequias		Tenesmo vesical	
Cardiovascular	N/A	Accidentes de heces	Neurológico		Infección Urinaria	
Dolor en el pecho		Vomito	N/A		Reflujo Vesicoureteral	
Cianosis		Endocrino	Epilepsia		Lesiones genitales	
Soplo Cardíaco		Diabetes	Convulsiones febriles			
		Sed excesivas	Migrañas			
		Atraso en el crecimiento	Sicológico			
			N/A			

Otros asuntos no mencionados arriba: _____