



Estimado Paciente:

Por favor tome unos cuantos minutos para completar esta forma. Esto ayudará a asegurar el mejor cuidado posible y esta forma será guardada en confianza, como parte de sus expedientes medicos.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de hoy: _____
 Apellido (primer) nombre M.I.

Edad: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Segura Social #: ____-____-____
 M D Y

Razón para esta visita: _____ Quien fue su doctor anteriormente?: _____

HISTORIA MEDICA ANTERIOR							
A tenido su hijo (a) problemas con lo siguiente? (Selección: Y=Sí N=No. Si Sí, En Caso de si, de el año.)							
	SÍ	NO	AÑO		SÍ	NO	AÑO
Vanunas al Corriente	Y	N		Problemas de sangraniento	Y	N	
Enfermedades Graves	Y	N		SIDA/HIV	Y	N	
Si el nino(a) side hospitalizado	Y	N		Constipacion	Y	N	
Problemas de embarazo, incluyendo embrarazo prematuro?	Y	N		Infecciones urinarias (En la ornía o la vejiga)	Y	N	
Ultrasonido prenatal anormal	Y	N		Enuresis Noctruna	Y	N	
Enfermedades del corazon	Y	N		Humedad durante el dia	Y	N	
Enfermedades de los pulmones	Y	N		Por favor use este spacio para comentarios adicionales:			
Sistema Nervioso	Y	N					
Dificultades de la coordinación	Y	N					
Descubrimiento de piedras billares	Y	N					

Hospitalizaciones:

HISTORIA DEL NACIMIENTO	
Peso del nacimiento: _____	Longitud: _____
Complicaciones: _____	C-Section del _____ Vaginal y porqué? _____
Hospital del nacimiento: _____	

Denos una lista de cualquier clase de operaciones o procedimientos que haya tenido su hijo(a) y el año aproximado.	Denos una lista de todos los medicamentos ques esta tomando su niño(a incluyendo medicamentos sin receta.)
1. _____ Año: _____	_____
2. _____ Año: _____	_____

Par davor indique cualquier alergia(s) que su hiko(a) tenga a cualquier medicamento:

Medicamentos(s): _____ Tipo de reacción: _____

Medicamentos(s): _____ Tipo de reacción: _____

Historia Familiar					
	Continua vivo y Saludable		Edad Ahora	Problemas médicos	Y si es asi, cuales són ellos?
	SÍ-Y	No-N			
Madre	Y	N			
Padre	Y	N			
Hermano(a)	Y	N			
Hermano(a)	Y	N			
Hermano(a)	Y	N			
Hermano(a)	Y	N			

Historia social

Quién viven en la casa con el paciente?: _____ Tienen animales? _____ Cualas: _____

Asiste la escuela/una guarderia?: _____

Alguien en casa que usa el tabaco? _____

Alcohol? _____

Drogas? _____

Revisión De Sistemas

Esta so hijo(a) problemas frecuentes con el siguiente:

	Si-Y	No-N	Explicación
ALLERGIA/IMMUNONOLGIA: alergias a la comida, alergias a la plantas, alergias del medio ambiente			
CARDIOVASCULAR: dolor de pecho, fiebre reumatica, fuertes latidos del corazón, alta presión sanguínea, hinchazón corporal, mareos, desmayos			
EL OREJAS, LÁS NARIZ, BOCA, Y GARGANTA: dolor en en encias o enrojecimiento, resfriados, frecuencia al descargar, obstrucción, goteo nasal, dolor de oído			
ENDOCRINA: problemas de la tiroide, intolerancia de frío o calor, sudor excesivo, sed, hambre			
GASTROINTESTINAL: apetito, náusea, vomito, diarrea, constipación, indigestión, intolerancia a la comida, hemorrhoids, ictericia, descontrol intestinal			
GENERAL: teniendo cambios de peso, fiebre, debilidad, cansancio, dolores de cabeza			
GENTOURINARIA: Masculino: hernias, problemas testiculares, problemas peniles (problemas del pene) Femenino: descargas, dolores, disconformidad Urinario: frecuentes dolores urinarios, sangre en la orina, infección urinaria, Humedad incontable			
EMATOLOGIA: anemia, facilidad para moretones o sangrado, transfusiones en el pasado			
NEUROLOGIA: desvanecimientos, temblores, parálisis, cosquilleos, pérdida de memoria			
DOLOR: Experimenta dolor ahora? Dolor es la razón por la vista de hoy?			
SIQUIATRIA: nerviosidad, cambios de humor, insomnio, dolor de cabeza, pesadillas, depresión			
RESPIRATORIOS: dolor de pecho, jadeos, tos, dificultad para respirar, asma, bronquitis, neumonía, tuberculosis			
PIEL: salpullido, erupciones, sequedad, ictericia, cambios en la piel, pelo o uñas, decoloración de la piel			

He revisado el cuestionario médico con el paciente y/o con la familia. _____
Firma de la facultad Fecha

Repasado: _____	Fecha: _____
Repasado: _____	Fecha: _____
Repasado: _____	Fecha: _____
Repasado: _____	Fecha: _____
Repasado: _____	Fecha: _____