

Historia Médica Pediátrica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Fecha: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Nombre de la persona responsable de la cuenta: _____
Relación con el paciente: _____ Email (opcional): _____
Teléfono de la casa: _____ Numero de celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

HISTORIA MÉDICA

1. Altura: _____ Peso: _____
2. ¿Está su niño/niña actualmente bajo el cuidado de un medico por una condición específica? Sí No
3. Fecha del último examen físico/chequeo? _____
4. Fecha de la ultima gripe, tos o fiebre? _____
5. Nombre de su Médico: _____ Número de teléfono: _____
6. Describa el nivel de actividad de su niño/niña: frecuentemente cansado activo muy activo
7. ¿Ha habido algún cambio en la salud del niño/niña en el último año? Sí No
 - a. En caso afirmativo explique: _____
8. ¿Ha tenido su niño/niña hospitalizaciones o cirugías? Sí No
 - a. En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué? _____
9. ¿Tiene su niño /niña alguna condición cardíaca? Sí No
 - a. En caso afirmativo, circule: arritmia, enfermedad cardíaca congénita, murmullos
Otra: _____
10. ¿Tiene su niño / niña alguna enfermedad pulmonar o síntomas? Sí No
 - a. En caso afirmativo, circule: asma, bronquitis, fibrosis quística, frecuentes resfriados / gripe, tos persistente, sibilancias.
Otra: _____
11. Niñas: ¿Hay alguna posibilidad de embarazo? Sí No
12. ¿Ha sido diagnosticado su niño/niña con apnea del sueño? Sí No
13. ¿Ha sido su niño/niña diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?
 - a. Artritis
 - b. Autismo
 - c. Problemas de sangrado / moretones con facilidad
 - d. Desorden de la sangre
 - e. Cáncer
 - f. Parálisis cerebral
 - g. Diabetes
 - h. Síndrome de Down
 - i. Episodios de desmayos
 - j. Hepatitis / problemas de hígado
 - k. Problemas de los riñones
 - l. Debilidad muscular
 - m. Convulsiones / Epilepsia
 - n. Otro: _____
14. Anote todos los medicamentos que su niño/niña está tomando actualmente:

15. ¿Tiene su niño/niña alergias a medicamentos o alimentos? Sí No
 - a. En caso afirmativo, enumere todas las alergias: _____
16. ¿Usted o un familiar ha tenido una reacción adversa a un medicamento anestésico? Sí No
17. ¿Ha tenido anteriormente su niño/niña anestesia general? Sí No
 - a. En caso afirmativo, ¿hubo alguna complicación? Sí No

La información en este cuestionario esta correcta a lo mejor de mi conocimiento y no divulgar información podría causar lesiones o la muerte. Entiendo que la información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a Dr. Barry Krall de cualquier cambio en el estado medico de mi niño/niña a la mayor brevedad posible.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Revisado por: Barry Krall, DDS

Fecha