

Historia Medica 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 médico para una condición específica? _____
Sí No
3. Fecha del último examen físico / chequeo? _____
4. Fecha de la última gripe, tos o fiebre? _____
5. Nombre de su Médico: _____ Número de teléfono: _____
6. Describa el nivel de actividad de su niño /niña: frecuentes 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 porque? _____
9. ¿Tiene su niño /niña alguna condición cardíaca? _____ Sí No
a. En caso afirmativo, señale: arritmia, enfermedad cardíaca congénita, murmullos
Otra _____
10. ¿Tiene su niño / niña alguna enfermedad pulmonar o síntomas? _____ Sí No
a. En caso afirmativo, señale: asma, bronquitis, fibrosis quística, frecuentes resfriados / gripe,
tos persistente, sibilancias, Otra _____
11. ¿Ha sido diagnosticado su niño/niña con apnea del sueño? _____ Sí No
12. ¿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 / Hígado problemas
 - k. Problemas de los riñones
 - l. Debilidad muscular
 - m. Convulsiones / Epilepsia
 - n. Otro _____
13. Anote todos los medicamentos que su niño / niña está tomando actualmente:

14. ¿Tiene su niño / niña alergias a medicamentos o alimentos? _____ Sí No
a. En caso afirmativo, enumere todas las alergias _____
15. ¿Usted o un familiar ha tenido una reacción adversa a un medicamento anestésico? _ Sí No
16. ¿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 la retención de 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 lo más temprano posible.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Revisado por: Barry Krall, DDS

Fecha