



Patient Label

**FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO
DE NUEVOS PACIENTES EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Quién esta llenando este formulario? _____

¿Quiénes viven en casa? _____

¿Qué problemas de oído, nariz, y garganta tiene su hijo(a)? _____

¿Por cuánto tiempo su hijo(a) ha tenido este problema? _____

¿Que síntoma tiene su hijo(a)? _____

¿Su hijo(a) tiene algún problema con el crecimiento o el desarrollo? _____

¿Cuántas palabras dice su hijo(a)? _____

¿Por favor escriba las medicinas o antibióticos que su hijo(a) está tomando. _____

¿Su hijo(a) tiene algunos de los siguientes problemas?

	Circule	Comentarios
Alergias	Si/No	
¿Evaluación de la alergia?	Si/No	
¿Evaluación o prueba del oído?	Si/No	Fecha:
¿Contacto con productos de tabaco?	Si/No	
¿Recibe terapia del habla?	Si/No	
¿Tiene frecuente infecciones de los oídos?	Si/No	Cuántas en los últimos 6 meses? _____ o 12 meses? _____
		<input type="checkbox"/> ¿oído derecho? <input type="checkbox"/> ¿oído izquierdo? <input type="checkbox"/> ambos?
¿Tiene dolores de garganta?	Si/No	Cuántas en los últimos 6 meses? _____ o 12 meses? _____
Preuba positiva de estreptococo?	Si/No	
¿Drenaje en el oído?	Si/No	
¿Ha sido hospitalizado?	Si/No	Razón: Problemas de oído, nariz, y garganta?
¿Cirugías?	Si/No	
¿Dolores de Cabeza?	Si/No	
¿Trastornos de sueño?	Si/No	Respirar con dificultad? <input type="checkbox"/> ¿Pausa para respirar? <input type="checkbox"/> Sueño inquieto? <input type="checkbox"/> ¿Dolores de cabeza en la mañana? <input type="checkbox"/> Sueño durante el dia? <input type="checkbox"/> ¿Esta de mal humor constantemente? <input type="checkbox"/>
¿Ha subido de peso?	Si/No	

Historial de nacimiento:

¿Nació en la fecha prevista (a los nueve meses)? _____

¿Si no, fue antes or después? _____ ¿Así cuánto tiempo antes o después? _____

¿Le dio pecho a su hijo(a)? _____

¿Esta su hijo(a) en una guardería? _____

¿Su hijo(a) tiene un historial de reflujo? _____

Díganos su mayor preocupación: _____
