



FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO PRIMARIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

LA ESCUELA A LA QUE ASISTE: \_\_\_\_\_

Localizado en (por favor encierre en un círculo): DC MD VA

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Describe el problema: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO** (por favor indique cualquier problema médico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES**

Edad	Problema	Fechas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**HISTORIAL QUIRÚRGICO** (por favor indique cualquier cirugía(as) anterior(es) incluyendo las fechas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**  Ninguno

Nombre del Medicamento	Dosis (cantidad)	Frecuencia (con qué frecuencia)	Programado	Cuando sea necesario
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ALLERGIAS**  Ninguna

Sustancia	Reacción	Severidad (por favor encierre en un círculo)		
		Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo
_____	_____	Leve	Moderado	Severo

**INMUNIZACIONES** Al día:  Sí  No

**Por favor llenar enfrente y atrás de esta forma.**

### **HISTORIAL DE NACIMIENTO**

Termino Completo  SÍ  NO  
Si es prematuro, nació a las (semanas) \_\_\_\_\_  
Complicaciones de Embarazo  SÍ  NO  
Explique: \_\_\_\_\_  
Complicaciones de Parto  SÍ  NO  
Explique: \_\_\_\_\_  
Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL DEL DESARROLLO**

Retrasos Motrices  SÍ  NO  
Retrasos del Habla  SÍ  NO  
Edad cuando comenzó a caminar: \_\_\_\_\_  
Para Pacientes Mujeres:  
Edad de la primera menstruación: \_\_\_\_\_  
Fecha de la menstruación más reciente: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL SOCIAL**

Se fuma en el hogar  SÍ  NO  
Hay alcohol en el hogar  SÍ  NO  
Vive con un tutor legal  SÍ  NO

### **HISTORIAL FAMILIAR**

Por favor anote cualquier trastorno familiar  
 NINGUNO

historial médico	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Tía	Tío	Prima/Primo

### **REPASO DE LOS SISTEMAS** (Por favor marque cualquier síntoma que usted a tenido recientemente) **TODOS SON NEGATIVOS**

Constitucional	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> escalofríos <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> pérdida de peso inesperado <input type="checkbox"/> otro:
Ojos	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> vista borrosa <input type="checkbox"/> visión doble <input type="checkbox"/> secreción <input type="checkbox"/> ojo enrojecido <input type="checkbox"/> otro:
Endocrino	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> sed aumentada <input type="checkbox"/> intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> otro:
Alérgico/Inmunológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> reacción a la comida <input type="checkbox"/> alergias ambientales <input type="checkbox"/> infecciones múltiples <input type="checkbox"/> otro:
Oídos/Nariz	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dificultad al tragar <input type="checkbox"/> hemorragias nasales <input type="checkbox"/> dolores de oídos <input type="checkbox"/> otro:
Respiratorio	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> ronquido <input type="checkbox"/> dificultad para respirar en reposo <input type="checkbox"/> dificultad para respirar con actividad <input type="checkbox"/> dificultad para respirar <input type="checkbox"/> otro:
Genitourinario	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> enuresis <input type="checkbox"/> orina sanguinolenta <input type="checkbox"/> frecuencia <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> urgencia <input type="checkbox"/> otro:
Neurológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de cabeza <input type="checkbox"/> confusión/desorientación <input type="checkbox"/> mareos <input type="checkbox"/> adormecimiento <input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> otro:
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> otro:
Hematológico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> moretones con facilidad <input type="checkbox"/> sangrados excesivos <input type="checkbox"/> otro:
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> acidez <input type="checkbox"/> otro:
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> nerviosismo <input type="checkbox"/> ansiedad <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> alucinaciones <input type="checkbox"/> otro:
Piel	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> rojez <input type="checkbox"/> cambio del color de piel <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> roncha <input type="checkbox"/> úlceras/lesiones <input type="checkbox"/> otro:

Nombre de la persona completando este formulario: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha & Hora completada: \_\_\_\_\_