



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
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

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 efrente 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 SOCIAL

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

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

Nombre de la persona completando este formulario: _____

Relación al paciente: _____

Fecha & Hora completada: _____