



## Historia Médica Para Pacientes Pediatricos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista/Oficina: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
que llena el formulario

Pago:      Auto Pago    Medicaid   Su estado ID # \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

<p><b>Fecha de Nacimiento:</b> _____      <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer   <input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><b>Actual estado de salud general:</b> <input type="checkbox"/> EXCELENTE   <input type="checkbox"/> BUENO   <input type="checkbox"/> JUSTO   <input type="checkbox"/> POBRE</p> <p><b>Altura:</b> _____ feet _____ inches   <b>Peso:</b> _____ lbs.</p>
---

### ***Embarazo / Historia neonatal***

1. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Entrega: VAGINAL CESAREA Si la cesárea, la razón:

\_\_\_\_\_

3. Fue prematuro a su hijo?  NO    SI, nacido en \_\_\_\_\_ semanas

4. ¿Hubo alguna complicación durante el período neonatal?

\_\_\_\_\_

---

# Historia Médica Para Pacientes Pediatricos (cont'd)

## La infancia / infancia / adolescencia

1. ¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, suplementos o látex? [ ] NO [ ] SI

Tipo de alergia: \_\_\_\_\_

Reacciones: erupción URTICARIA EMERGENCIA habitación aparte \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez a su hijo? [ ] NO [ ] SI (explicar) \_\_\_\_\_

3. ¿Ha tenido su hijo han tenido cirugía? [ ] NO [ ] SI

Tipo y la fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha tenido su hijo anestesia general? [ ] NO [ ] SI

Cualquier problema con la anestesia? \_\_\_\_\_

5. ¿Alguien en su familia ha tenido problemas con la anestesia general? [ ] NO [ ] SI ¿Qué problemas?

6. Lista de todos los medicamentos, drogas y suplementos que su hijo está tomando:

¿Tiene o ha tenido alguna vez, cualquiera de las siguientes condiciones?

<b>Enfermedades cardíacas</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>CUANDO</b>	<b>MEDICINA / TRATAMIENTO</b>
soplo en el corazón	_____	_____	_____	_____
Alta presión sanguínea	_____	_____	_____	_____
Latido del corazón irregular	_____	_____	_____	_____
Defecto cardíaco congénito	_____	_____	_____	_____
Otro problema en el corazón	_____	_____	_____	_____

<b>Enfermedades pulmonares</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>CUANDO</b>	<b>MEDICINA / TRATAMIENTO</b>
Sibilancias/bronquiolitis	_____	_____	_____	_____
El asma	_____	_____	_____	_____
Neumonía	_____	_____	_____	_____
Apnea obstructiva del sueño	_____	_____	_____	_____
Otro problema pulmonar	_____	_____	_____	_____
Problemas tiroideos	_____	_____	_____	_____

## Historia Médica Para Pacientes Pediatricos (cont'd)

Otras condiciones	NO	SI	CUANDO	MEDICINA / TRATAMIENTO
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad del riñon	_____	_____	_____	_____
Las alergias estacionales/eccema	_____	_____	_____	_____
GERD / úlcera / hernia	_____	_____	_____	_____
Carrera	_____	_____	_____	_____
Infecciones recurrentes del oido	_____	_____	_____	_____
Trastorno convulsivo	_____	_____	_____	_____
Condicion psiquiatrica	_____	_____	_____	_____
Sindrome genetico	_____	_____	_____	_____
Discapacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	_____
La anemia	_____	_____	_____	_____

Por favor liste cualquier otra condiciones medicas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Certifico que la información anterior es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en mi tratamiento y los resultados del tratamiento. También certifico que Carepoint puede comunicar la información del paciente utilizando la información de contacto que aparece más arriba.*

\_\_\_\_\_  
(O tutor legal) Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente, si el paciente no es legalmente capaz de dar su consentimiento: \_\_\_\_\_