



## HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA LLENANDO EL FORMULARIO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Razon de la consulta? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó el problema? \_\_\_\_\_

#### HISTORIA NACIMIENTO

Nombre del hospital donde nació el niño \_\_\_\_\_

El peso al nacer \_\_\_\_\_ libra \_\_\_\_\_ oz

¿El paciente nació prematuro? .....  Si  No

¿Tuvo complicaciones durante el embarazo? .....  Si  No

¿Tuvo complicaciones en el parto? .....  Si  No

¿El paciente nació por Cesárea? .....  Si  No

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta de arriba, por favor explique: \_\_\_\_\_

#### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Desarrollo normal? .....  Si  No

Retraso en el desarrollo? .....  Si  No

Atraso en el habla? .....  Si  No

#### ANTECEDENTES MÉDICOS

Admisiones al hospital? .....  Si  No

Cualquier cirugía? .....  Si  No

Vacunas actualizadas? .....  Si  No

### REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES AL PACIENTE? Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor explique: \_\_\_\_\_

Soplo .....  Si  No

Desmayos / La pérdida de conciencia .....  Si  No

Dolor de pecho .....  Si  No

Palpitaciones / palpitations rapidas .....  Si  No

Altapresion .....  Si  No

Dificultad para respirar.....  Si  No

Retraso en el desarrollo .....  Si  No

Fatiga .....  Si  No

Pulmonia .....  Si  No

Asma .....  Si  No

Problemas en los ojos .....  Si  No

Oídos / nariz / garganta problemas .....  Si  No

Problema al comer o dolor de estómago .....  Si  No

Problemas musculares .....  Si  No

Problemas / Erupciones en la piel .....  Si  No

Convulsiones / problemas cerebrales.....  Si  No

Problemas Hormonales/ Diabetes .....  Si  No

Problemas en la sangre / Anemia .....  Si  No

Cáncer .....  Si  No

ADHD/ADD/Dificultades de aprendizaje .....  Si  No

**ALERGIAS** .....  Si  No

¿Toma su hijo algún medicamento .....  Si  No

**TIENE ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS** .....  Si  No

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Edad de la Madre? \_\_\_\_\_ Estado de salud \_\_\_\_\_

Edad de la Padre? \_\_\_\_\_ Estado de salud \_\_\_\_\_

Edad de los hermanos y hermanas Estado de Salud? \_\_\_\_\_

Cualquier antecedente de cardiopatía congénita en la familia? \_\_\_\_\_

CUALQUIER PERSONA EN SU FAMILIA HA TENIDO LO SIGUIENTE?

Muerte súbita cardíaca antes de los 50 años .....  Si  No

El colesterol alto .....  Si  No

Presion alta .....  Si  No

Ritmo cardíaco anormal / ECG Abnormalidad .....  Si  No

Miocardopatía .....  Si  No

Diabetes .....  Si  No