

**Pasadena**50 Bellefontaine St., Suite 405  
Pasadena, CA 91105  
(626) 796-9259  
(626) 449-8560 Fax**Santa Monica**2001 Santa Monica Blvd., Suite 483W  
Santa Monica, CA 90404  
(310) 998-1181  
(310) 829-5115 Fax**East Los Angeles**1700 Cesar E. Chavez Ave., Suite 1300  
Los Angeles, CA 90033  
(323) 526-2483  
(323) 526-4901 Fax**West Covina**1135 S. Sunset Ave., Suite 311  
West Covina, CA 91790  
(626) 337-8900  
(626) 337-8977 Fax**Downey**10800 Paramount Blvd., Suite 401  
Downey, CA 90241  
(562) 247-0907  
(562) 450-5030 Fax

## 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  NoRetraso en el desarrollo? .....  Si  NoAtraso en el habla? .....  Si  No

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Admisiones al hospital? .....  Si  NoCualquier cirugía? .....  Si  NoVacunas 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  NoDesmayos / La pérdida de conciencia .....  Si  NoDolor de pecho .....  Si  NoPalpitaciones / palpitaciones rapidas .....  Si  NoAltapresion .....  Si  NoDificultad para respirar.....  Si  NoRetraso en el desarrollo .....  Si  NoFatiga .....  Si  NoPulmonia .....  Si  NoAsma .....  Si  NoProblemas en los ojos .....  Si  NoOídos / nariz / garganta problemas .....  Si  NoProblema al comer o dolor de estómago .....  Si  NoProblemas musculares .....  Si  NoProblemas / Erupciones en la piel .....  Si  NoConvulsiones / problemas cerebrales.....  Si  NoProblemas Hormonales/ Diabetes .....  Si  NoProblemas en la sangre / Anemia .....  Si  NoCáncer .....  Si  NoADHD/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  NoEl colesterol alto .....  Si  NoPresion alta .....  Si  NoRitmo cardíaco anormal / ECG Abnormalidad .....  Si  NoMiocardiopatía .....  Si  NoDiabetes .....  Si  No