

FORMULARIO DE INFORMACION PARA NUEVOS PACIENTES DE 1 A 18 AÑOS DE EDAD

Por favor llene este formulario correctamente y en su totalidad. Si no entiende alguna de las preguntas, por favor pida ayuda a un miembro del personal ó a un medico. Si desea proporcionar información adicional al médico, asegúrese de anotarla en este formulario.

Nombre del Paciente:
Nombre del padre o persona llenando el formulario:
¿Como se enteró de este consultorio?

EMBARAZO Y NACIMIENTO

Edad de la madre en el momento del parto:		
¿Padeció la madre alguna enfermedad durante el embarazo? Si responde si, por favor explique.	Si	No
Durante el embarazo ¿Tomó la madre algún medicamento (además de las vitaminas/hierro)? Si responde si, por favor indique que medicina.	Si	No
¿Nació prematuro el bebé o con problemas? Si responde que si, por favor explique.	Si	No
Al nacer, ¿Tuvo el bebé algún problema para comenzar a respirar?	Si	No
¿Cuanto peso el bebé al nacer?		
Durante su estancia en el hospital, ¿Sufrió el bebé alguna complicación? Si responde si, por favor explique.	Si	No
Por favor añada cualquier otra información que nos quiera proporcionar acerca del embarazo y parto.		

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Fecha de la ultima revisión medica del menor:	Nombre del Médico:	
Fecha de la ultima revisión dental del menor:	Nombre del Dentista:	
¿Alguna vez ha experimentado el menor reacciones alérgicas a alguna vacuna? Si responde que si, por favor anote cada vacuna y cual fue la reacción a la misma.	Si	No
A partir de su nacimiento, ¿ha estado internado el menor por alguna razón? Si responde que si, por favor de explicación	Si	No
¿Ha tenido alguna cirugía u operación quirúrgica el menor? Si responde que si, por favor explique.	Si	No
¿Esta tomando algún medicamento el menor? Si responde que si, por favor anote el nombre de las medicinas y por cuanto tiempo las ha estado tomando.	Si	No

¿Su hijo(a) toma algún medicamento regularmente? Si responde que si, por favor anote el nombre de las medicinas y por cuanto tiempo las ha estado tomando el menor.	Si	No
Por favor añada cualquier información adicional que desee proporcionar con respecto al historial medico de su menor.		

HISTORIAL FAMILIAR Y DE PACIENTE

¿Cuentan con buena salud ambos padres? Si no es así, por favor anote los problemas de salud y quien los padece.	Si	No			
Indique si el menor u otro miembro de su familia han padecido de alguna de las siguientes enfermedades	Menor		Familia		Si contesta que si, especifique quien.
Anemia	Si	No	Si	No	
Asma/ Alergias	Si	No	Si	No	
Diabetes	Si	No	Si	No	
Problemas/Soplo Cardiaco	Si	No	Si	No	
Trastornos psicológicos	Si	No	Si	No	
Problemas de abuso de drogas	Si	No	Si	No	
Abuso de Alcohol	Si	No	Si	No	
Enfermedades Hereditarias	Si	No	Si	No	
Cáncer	Si	No	Si	No	
Padecimientos oculares	Si	No	Si	No	
Frecuentes infecciones de oído	Si	No	Si	No	
Problemas urinarios	Si	No	Si	No	
Diarrea o Estreñimiento o Dolor de Abdomen	Si	No	Si	No	
Convulsiones/Dolor de cabeza	Si	No	Si	No	
SIDA	Si	No	Si	No	
Otros	Si	No	Si	No	
¿Están en buena salud los hermanos(as) del menor? Si responde que no, por favor explique.	Si	No			
¿Ha fallecido alguno de sus hijos? Si responde que si, por favor explique.	Si	No			
Por favor añada cualquier información adicional que nos quiera proporcionar con respecto al historial de salud de la familia de su hijo.					

ALIMENTACION Y NUTRICION

¿Tiene buen apetito su hijo(a)? ?	Si	No
¿Ha querido comer hoy el niño(a)? Si no es así, por favor explíquelo.	Si	No

¿Sufrió de cólicos intensos o problemas alimenticios durante los primeros 3 meses de vida?	Si	No
¿Hay alguna comida que no le sienta bien a su hijo(a)? Si es así, por favor anote cuales son.	Si	No
¿Su bebe fue amamantado o tomó mamila por los primeros seis meses de vida? Si le dio mamila, ¿Que marca de leche artificial uso?	Si	No
¿Toma vitaminas su hijo(a)? Si contesta que si, por favor especifique que vitaminas son.	Si	No
Por favor añada cualquier información adicional que desee proporcionar acerca de la alimentación o nutrición del menor		

ETAPAS DE DESARROLLO

¿Hay alguna pregunta con respecto al desarrollo de su hijo(a)?	Si	No
¿Como se compara su hijo(a) a otros niños de su propia edad?		
¿Tiene problemas para dormir su hijo(a)?	Si	No
¿Su hijo(a) ha repetido año escolar? ¿O ha sido ascendido a otro grado escolar?	Si	No
¿Su hijo(a) ha tenido problemas en la escuela? Si responde que si, por favor explique.	Si	No
Por favor encierre en un circulo los que apliquen a su hijo(a): <input type="checkbox"/> Morderse las uñas <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo <input type="checkbox"/> Orinar la cama <input type="checkbox"/> Mal carácter <input type="checkbox"/> Problemas para aprender a usar el escusado <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Dificultad en el habla		
¿Tiene problemas disciplinarios su hijo(a)? ? Si contesta que si, explique.	Si	No
Por favor añada cualquier información adicional que desee proporcionar con respecto al desarrollo o conducta de su hijo(a).		

CONDICIONES AMBIENTALES EN EL HOGAR

Por favor encierre en un circulo lo que aplique: <input type="checkbox"/> Casa Propia <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Otro		
En su casa, ¿La temperatura más caliente del agua es de menos de 120 grados Fahrenheit?	Si	No
¿Tiene detector de humo que funcione en cada uno de los niveles de su vivienda?	Si	No
¿Su menor siempre usa un asiento o cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil?	Si	No
¿Alguien fuma en su hogar?	Si	No
¿Hay algún problema de deterioro en su vivienda? (insectos, ratas, paredes descapeladas)	Si	No
¿Tiene la boleta de vacunación de su hijo(a)?	Si	No
¿Su hijo(a) usa un casco de protección cuando conduce la bicicleta y la patineta?	Si	No
Por favor añada cualquier información adicional que desee proporcionar respecto a la seguridad de su hijo(a).	Si	No

¡GRACIAS!